

Informatieblad van het overlegplatform 'Samenwerking Psychiatrische Initiatieven Limburg'



overspoil

jaargang 19 • nummer 41 • december 2012



Inhoud

Editoriaal	2
Wie doet beroep op onze Limburgse GGZ-voorzieningen ?	4
Naar een netwerk cultuursensitieve zorg in Limburg	8
Nieuwe taken voor de provincie	9
'Het is niet omdat ik psychisch ziek ben, dat ik niet meer weet of ik liever koffie of thee drink.'	10
Week van geestelijke gezondheid	12
Brochure Provincie Limburg "Ouderen en Depressie"	13
Stand van zaken Projecten "Artikel 107" Noolim en Reling	14
Interview met teamleiders Functie 2A en 2B Reling	17
Wat kan een overlegplatform betekenen voor "Artikel 107"?	23
Familieplatform Geestelijke Gezondheid	24
Outreaching kinderen en jongeren in Limburg!?	26
Missie, Visie en Basiswaarden van SPIL	30

Colofon

Jaarlijks tijdschrift
Jaargang 19
Nummer 41, december 2012

Foto cover: Vaes Grafische Producties bvba

Verantwoordelijke uitgever:
J. Poncelet
Secretariaat Overspil
Universiteitslaan 1, 3500 Hasselt

Kernredactie:
Bert Plessers, Marjet Vanderstraeten,
Miet Smeets, Jaak Poncelet, Veerle Umans

Redactiesecretariaat:
SPIL
Universiteitslaan 1
3500 Hasselt
Tel 011 23 72 99

Enige gelijkenis tussen personen uit het fotomateriaal met bestaande personen is niet gewild en berust op louter toeval.

Editoriaal

Laat ons niet wachten...

Jaak Poncelet



In de organisatie van de (geestelijke) gezondheidszorg is "samenwerking" een zeer belangrijk item geworden. Deze samenwerking kan verschillende vormen aannemen:

- ze kan louter van functionele aard zijn of eerder structureel uitgebouwd en één of andere juridische organisatievorm aannemen (bv. groepering, associatie, fusie). De mate waarin de participerende voorzieningen hun "autonomie" prijs geven is hierbij erg richtinggevend.
- samenwerking kan horizontaal georganiseerd worden, d.w.z. tussen eenzelfde soort voorzieningen bv. de fusie tussen ziekenhuizen of verticaal tussen diverse soorten voorzieningen bv. het netwerk van organisaties in het kader van het art. 107-project.
- voorzieningen kunnen zelf het initiatief tot samenwerking nemen (bv. de fusie van het PZ Sancta Maria en het PC Zieken) of door de overheid opgelegd krijgen, hetzij van bij de opstart (bv. de zorgnetwerken art. 107), hetzij later (bv. de fusies van de CGG via het decreet van 19 mei 1999).

De beweegredenen voor samenwerking kunnen uiteenlopend zijn: ze kunnen van meer zorginhoudelijke en/of van meer economische aard zijn. Hospilim^o is een mooi voorbeeld waarbij beide beweegredenen van toepassing zijn.

De voorbije decennia werden er heel wat initiatieven genomen om de samenwerking tussen GGZ-voorzieningen te bevorderen. Wij denken in eerste instantie aan het overlegplatform waar het bevorderen van samenwerking tussen voorzieningen expliciet in de wet is opgenomen. Bij de creatie van nieuwe zorgvormen en projecten heeft de overheid vaak de samenwerking van bij de start min of meer structureel opgelegd. Wij denken bv. aan de Initiatieven Beschut Wonen, de therapeutische projecten en de zorgnetwerken. Hierbij liggen vooral zorginhoudelijke redenen aan de basis: zorg op maat en continuïteit van zorg zijn de meest voor de hand liggende redenen. Reeds in het tweede deeladvies van de NRZV van mei 1997 werd gesteld dat wij niet de voorziening als

uitgangspunt van zorg mogen nemen, maar wel de zorgvraag van de patiënt, een vraag die in de tijd kan wijzigen en derhalve telkens een aangepast antwoord behoeft. Het inhoudelijk afstemmen van de zorg in functie van de zorgvraag (voor bepaalde doelgroepen) over de voorzieningen heen werd een zorgcircuit genoemd, de structurele organisatie ervan een netwerk.

Gaandeweg merken wij dat de sloop van voorzieningen verandert: de zorg wordt over de lijnen en regio's heen beter op elkaar afgestemd en de schaal van zorg alsmaar vergroot. Dat iedere voorziening zich louter focust op zijn eigen opdracht begint stilaan tot het verleden te behoren.

Uiteraard liggen hier vooral zorginhoudelijke argumenten aan de basis: de patiënt is niet gediend met schotten tussen voorzieningen en mag in geen enkel geval tussen wal en schip vallen. Maar hoe langer hoe meer spelen ook andere beweegredenen een rol. "Versnippering" van zorg gaat vaak ten koste van efficiëntie en effectiviteit. De zorg moet immers ook op een economisch verantwoorde en doeltreffende wijze georganiseerd worden. De steeds complexere context waarbinnen de zorg dient georganiseerd te worden (denk maar aan de steeds complexere wordende regelgeving) en de financieel-economische crisis dwingen vooral kleinere voorzieningen na te denken over hun schaalgrootte. Deze kleinere voorzieningen zijn voor de GGZ onmisbare schakels in het zorgaanbod en derhalve van kapitaal belang. Een structurele samenwerking met andere voorzieningen onder welke vorm dan ook, biedt mogelijkheden om het aanbod nog professioneler uit

te bouwen. Op zorginhoudelijk vlak gaat nu veel tijd "verloren" aan terreinafbakening en aan afstemming van zorg. Moeten wij deze afstemming en samenwerking niet meer structureel inbedden?

Niet in het minst denken wij hierbij ook aan alles wat onze zorg ondersteunt, aan o.m. de logistieke en facilitaire dienstverlening zoals IT, administratie en boekhouding, HR, enz. Ook deze dienstverlening lijdt vaak onder de steeds complexere wordende regelgeving en staat onder druk van de steeds hogere eisen die de cliënten, medewerkers, stakeholders en de overheden stellen.

Schaalverruiming mag zeker niet ten koste gaan van o.m. het enthousiasme en de dynamiek die dergelijke voorzieningen vaak typeren. Het ene sluit het andere ook niet uit. Schaalvergroting mag niet leiden tot "verschrompeling" van kleinere voorzieningen, maar moet juist leiden tot een sterkere valorisatie en opwaardering van hun aanbod. Bezoeken aan het buitenland doen ons hierover nadenken: redeneren wij niet al te vaak vanuit onze eilandjes? En uiteraard blijven wij verder dromen: van één EPD voor de GGZ voor de ganse provincie, van meer wetenschappelijk onderzoek, van kwaliteitsverbetering door verhoogde efficiëntie, ... Ook dan komt "structurele samenwerking" gemakkelijk om de hoek kijken...

Bij dit alles mogen wij discussies over beheersbaarheid en identiteit niet uit de weg gaan en dienen wij erover te waken dat de GGZ-organisaties geen grijze muizen worden. Ook de discussies over de mogelijks gemiste

positieve effecten van concurrentie moeten aan bod komen. Wellicht zullen deze discussies ook ruimte laten om na te denken over diverse vormen van kwaliteitsbewaking, audits en accreditering.

"Kwaliteitsvolle zorg" moet bij dit alles als uitgangspunt gehanteerd worden. De cliënt moet er wel mee varen. Dat moet de grote drijfveer zijn.

De overheden gaan niet stil blijven zitten. Nog meer dan de GGZ-sector zelf zullen zij soortgelijke afwegingen maken en – vroeg of laat – bepaalde vormen van samenwerking opleggen. Het lijkt ons verstandig hier niet op te wachten. Integendeel: een pro-actief beleid vanuit de sector zelf, bottom-up en op Limburgse maat, lijkt ons het meest aangewezen. Uiteraard vraagt dit heel veel openheid en de durf zich kwetsbaar op te stellen. De projecten in het kader van de vermaatschappelijking van zorg zijn hiertoe een zeer belangrijke aanzet en kunnen als hefboom dienen om de samenwerking verder vorm te geven en om de zorg nog efficiënter, effectiever en nog meer geïntegreerd uit te bouwen.

De weg naar zorgvernieuwing op organisatorisch vlak is nog lang niet ten einde. Integendeel. Er zijn nog heel wat hindernissen, ... maar stilaan groeit de overtuiging dat in onze sector en in onze provincie nog heel veel mogelijk is. Samen maken wij er werk van.



^o Hospilim is een Limburgs platform met 9 algemene ziekenhuizen en 3 psychiatrische ziekenhuizen die synergie en schaalvoordelen willen realiseren om bij te dragen tot het vereenvoudigen en verbeteren van het management en de werkingsprocessen.

Wie doet beroep op onze Limburgse GGZ-voorzieningen ?

‘Welke patiënten doen er beroep op het GGZ aanbod in onze provincie? Is hierin in de loop der jaren verandering gekomen?’ Met cijfers uit de registratie zoeken we een antwoord op deze vragen en trachten we een beperkt beeld te geven van de populatie in de GGZ met zijn evoluties.

In Limburg worden de registratiegegevens van de vijf GGZ-sectoren jaarlijks gebundeld. Reeds in 1996, heeft de Stuurgroep RPL van SPIL zich als doel gesteld om voor de provincie Limburg jaarlijks een overkoepelend eenheidsbestand te creëren. Deze gegevens worden op het Centrum voor Statistiek- Universiteit Hasselt beheerd en verwerkt. Sinds 1 april 1996 registreren Psychiatrische Ziekenhuizen en Psychiatrische Afdelingen van Algemene Ziekenhuizen minimale psychiatrische gegevens (MPG). Sinds 1 januari 1998 zijn ook de Psychiatrische Verzorgingstehuizen en Initiatieven van Beschut Wonen begonnen met de registratie van minimale psychiatrische gegevens. Momenteel wordt, onder impuls van de overheid, nagedacht over een alternatieve registratie voor MPG. De CGG registreerden aanvankelijk via MEDAR en ARCADE; sinds 2008 registreren ze op basis van EPD.

In dit artikel presenteren we een aantal basisgegevens van 2010, over de vijf sectoren van de Geestelijke Gezondheidszorg in Limburg. Daar we over gegevens beschikken van verschillende jaren is het mogelijk om per sector, per leeftijdscategorie of in het algemeen evoluties over de tijd waar te nemen. Voor de intramurale voorzieningen baseren we ons hiervoor op de MPG data van 2000 tot 2010. Deze cijfers hebben enkel betrekking op de gefactureerde en in MPG geregistreerde patiënten en

behandelingsperiodes. Er worden echter meer mensen behandeld in deze voorzieningen, de werkelijke aantallen zullen dus iets hoger liggen. De gegevens van de K-diensten worden apart vermeld. Voor de CGG's maken we gebruik van de EPD data van 1998, 1999, 2010.

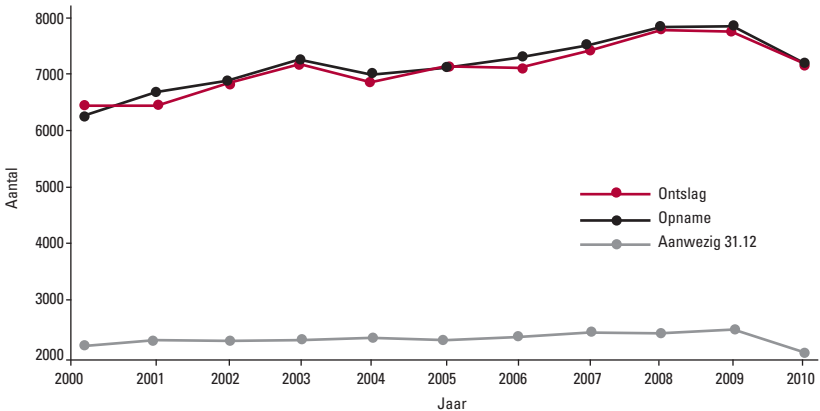
Voor de voorstelling van de cijfers wordt uitgegaan van drie populaties: 'Instroom', 'Uitstroom' en 'Aanwezigen op 31/12'. Onder 'Instroom' verstaan wij alle medische opnames binnen een jaar voor de vier residentiële sectoren en alle dossiers met een eerste face-to-face (FTF) contact in het betreffende jaar voor de CGG. Onder 'Uitstroom' verstaan wij alle medische ontslagen die plaatsvonden en alle dossiers waarvan het laatste FTF plaats had in het betreffende jaar voor de CGG. Met 'Aanwezigen op 31/12' worden alle patiënten bedoeld die op 31/12 van het betreffende jaar in

behandeling zijn. Bij de CGG gaat het over de patiënten die nog steeds in behandeling zijn op 31/12 en waarbij in het betreffende jaar een face tot face contact is geweest. Omwille van de leesbaarheid benoemen wij verder een patiënt, cliënt, bewoner, ... steeds eenduidig als patiënt. Verder noemen wij medische opnames of dossieropeningen kortweg opnames en medische ontslagen of dossiersluitingen worden als ontslagen aangeduid. Dubbeltellingen zijn in deze verwerkingen niet uit te sluiten daar een persoon geen uniek nummer heeft over de verschillende sectoren heen.

Let wel het gaat hier over personen die beroep doen op de voorzieningen GGZ zoals hierboven omschreven. Cijfers over het aantal personen die beroep doen op privé psychiaters, privé therapeuten, ... zijn niet beschikbaar.

Omvang van de geestelijke gezondheidszorg in Limburg

Figuur 1 geeft voor de residentiële sector, in zijn geheel, de evolutie weer van het aantal opnames of de instroom, het aantal ontslagen of de uitstroom en het aantal aanwezi-



Figuur 1: Evolutie van de instroom, uitstroom en aanwezigen in de residentiële sector.

gen. We zien dat het aantal aanwezigen vrij constant blijft tussen 2000 en 2009. Het aantal aanwezigen neemt jaarlijks toe met ongeveer 27 patiënten. De in- en uitstroom stijgt geleidelijk over de jaren met een lichte daling in 2010. Tussen 2000 en 2009 komen er jaarlijks ongeveer 155 extra opnames en 143 extra ontslagen bij.

In PAAZ'en, PZ en PVT blijft het aantal aanwezigen doorheen de jaren constant. Voor BW is er een toename van het aantal aanwezigen door een uitbreiding van het aantal plaatsen in 2006. De fluctuaties bij BeWo gaan mee met de bewegingen in de aanwezige populatie. Bij de PZ en de PAAZ'en stijgt de in- en uitstroom. Hier worden er in de loop der jaren meer patiënten behandeld, vooral bij de PAAZ'en is dit aantal aanzienlijk.

Tabel 1 toont het gemiddeld aantal opnames, ontslagen en aanwezigen per jaar. Voor de residentiële sectoren is dit een jaargemiddelde berekend over de jaren 2000 t.e.m 2010; voor de CGG is het een jaargemiddelde over 3 jaren.

Enkele kenmerken van de instroompopulatie

Om de instroompopulatie te karakteriseren gebruiken we de registratiegegevens van 2010.

Leeftijd

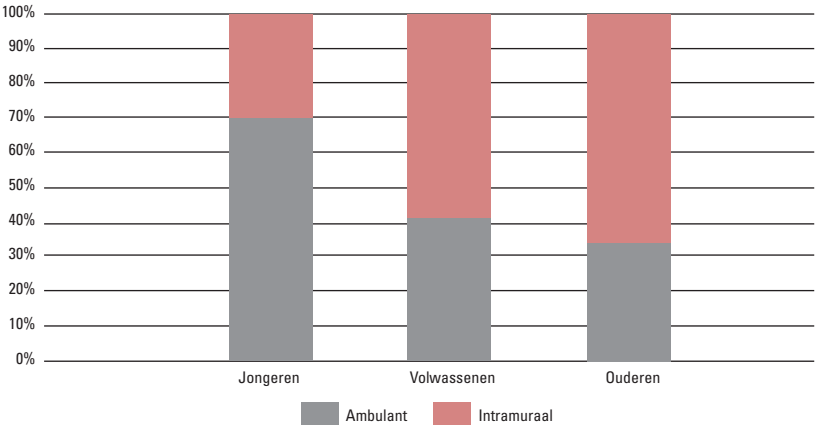
In Tabel 2 en Figuur 2 wordt informatie weergegeven voor de drie leeftijdsdoelgroepen: jongeren (0 tot 18 jaar), volwassenen (19 tot 64 jaar) en ouderen (> 64 jaar). Op 100 opnames in de GGZ (residentieel en

	Instroom	Uitstroom	Aanwezigen
PZ	3161	3163	1264
PAAZ	3122	3114	164
PVT	82	79	405
BeWo	177	157	396
K-dienst	603	597	76
Totaal residentiële sector	7146	7109	2286
CGGs	5923	4705	3332

Tabel 1: Gemiddeld aantal opnames, ontslagen en aanwezigen op jaarbasis (MPG cijfers van 2000 tot 2010, EPD cijfers van 1998-1999-2010)

Leeftijdsverdeling (% aandeel per sector)	Jongeren	Volwassenen	Ouderen
CGG	26	68	6
BeWo	0	96	4
PVT	0	88	12
PZ	1	86	13
PAAZ	2	90	8
K-dienst	100	0	0

Tabel 2: Leeftijdsverdeling per sector, opnames 2010

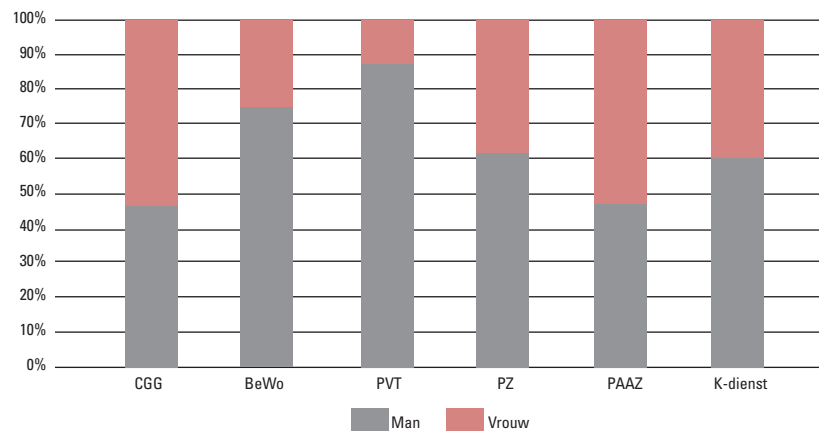


Figuur 2: Verdeling ambulant versus intramuraal, per leeftijdsgroep, instroom 2010

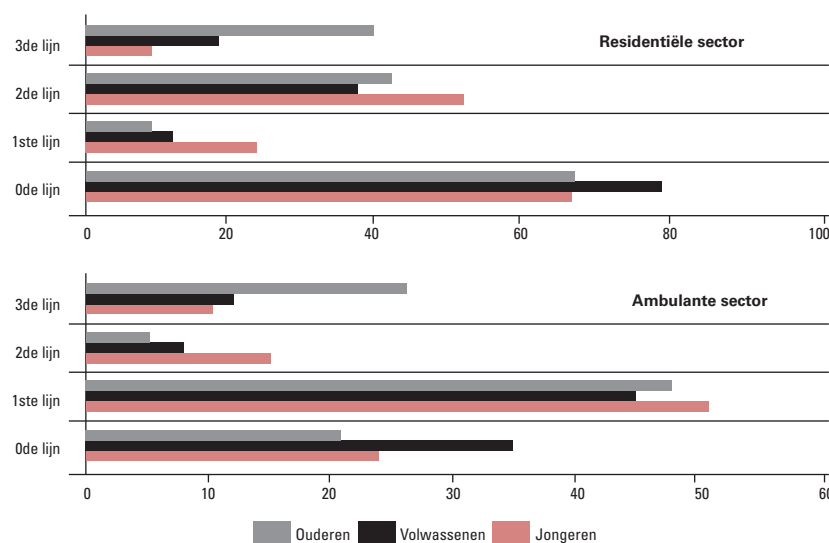
ambulant samen) worden 75 volwassenen opgenomen, 17 jongeren en 8 ouderen. De leeftijds-groepen zijn echter niet in gelijke mate vertegenwoordigd in de verschillende sectoren. Uit Tabel 2 blijkt dat de CGG vooral volwassenen, in mindere mate jongeren en een

kleine groep ouderen behandelen. Binnen de PZ en PVT zijn 10% van de patiënten ouderen.

Figuur 2 toont dat jongeren tot 18 jaar grotendeels ambulant geholpen worden. De doelgroep ouderen > 64 jaar wordt meer intramuraal behandeld.



Figuur 3: Geslachtsverdeling, instroom 2010, per sector.

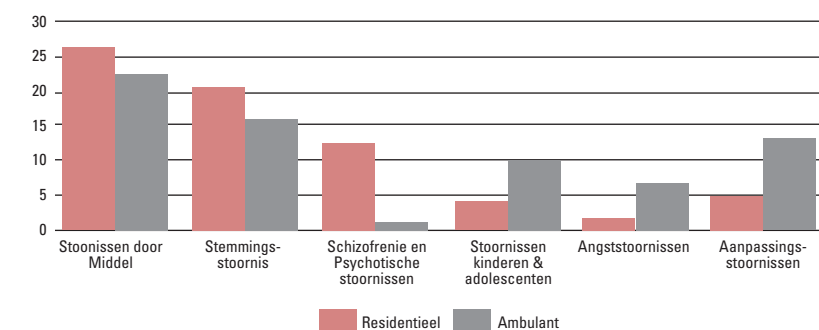


Figuur 4: Verwijzer, instroom 2010, ambulante en residentiële sector.

Geslacht

De geslachtsverdeling in de opnamepopulatie blijkt nogal verschillend te zijn in de verschillende sectoren en is dus niet altijd een afspiegeling van de geslachtsverdeling in de Limburgse bevolking. Wij zien in figuur 3 dat de opnames in PVT, BeWo en in iets mindere mate in PZ en op de

K-diensten een overwicht aan mannen vertonen. Voor de opnames in CGG is er een evenwicht en bij de opnames in PAAZ zijn de vrouwen lichtjes in de meerderheid. Voor PVT en BeWo is deze verhouding ongetwijfeld beïnvloed door de historische context.



Figuur 5: Hoofddiagnose, instroom 2010

De verwijzer

Onder verwijzer verstaan we de persoon of instantie die tot de opname van de patiënt in de huidige voorziening heeft bijgedragen. We presenteren hier de verwijzer afzonderlijk voor de residentiële en ambulante sector omwille van de verschillende wijze van registreren. In MPG kunnen drie verwijzende instanties opgegeven worden. In de ambulante sector wordt slechts één verwijzer geregistreerd. Ook scoremogelijkheden zijn verschillend in MPG en EPD. De scoremogelijkheden werden gegroepeerd tot 'lijn van verwijzer' (0de, 1ste, 2de en 3de lijn verwijzer). Deze cijfers moeten zeer voorzichtig geïnterpreteerd worden. De lijn van verwijzer omvat immers niet dezelfde verwijzers (scoremogelijkheden) voor de residentiële en ambulante sector.

Wij stellen vast dat over de drie leeftijdsdoelgroepen heen de nulde lijn in het merendeel van de residentiële opnames één van de betrokken verwijzers is. Verwijzingen vanuit de eerste lijn komt relatief weinig voor. Voor jongeren zijn er ook relatief meer verwijzingen vanuit de ambulante sector (tweede lijn), voor ouderen zijn er relatief meer verwijzingen vanuit instellingsverband of derde lijn.

In de ambulante hulpverlening is de eerste lijn voor de drie leeftijdsgroepen de belangrijkste doorverwijzer, toch is ook de nulde lijn hier verantwoordelijk voor zowat een derde van de contacten bij de volwassenen. Samen zorgen de niet-psychiatrische nulde en eerste lijn voor meer dan drie vierde van de verwijzingen naar een CGG.

Hoofddiagnose

In Figuur 5 presenteren we voor PAAZ'en, PZ, PVT en BeWo de hoofddiagnose bij medische opname. De hoofddiagnose kan op Assen I, II en III liggen. Voor de CGG kan de hoofddiagnose op As I of As II liggen. Voor de cijfers van 2010 viel het op dat voor een groot deel van de opnames in PAAZ en CGG de hoofddiagnose niet gescoord werd. De gepresenteerde percentages zijn gebaseerd op het

aantal opnames (inclusief deze waarvoor de hoofddiagnose niet gekend is). Over de verschillende sectoren heen kunnen wij zeggen dat in de instroompopulatie de Stoornissen door Middelen, de Stemmingsstoornissen en Schizofrenie en Psychotische stoornissen drie belangrijke diagnosegroepen zijn. Vooral in de residentiële sectoren springen deze drie er uit. In de ambulante sector zijn de drie belangrijkste diagnosegroepen Stoornissen door Middelen, Stemmingsstoornissen en Aanpassingsstoornissen. Daarnaast komt er ook een belangrijk percentage Stoornissen bij Kinderen & Adolescenten voor. Dit heeft te maken met het grote aantal jongeren onder het cliënteel

Verblijfsduur bij ontslag

Cijfers voor de verblijfsduur worden enkel berekend voor de ontslagen die in een bepaald jaar plaats vinden (Figuur 6). Bij de PAAZ'en verblijft meer dan 80% van de patiënten minder dan 1 maand in het ziekenhuis, één op vijf patiënten is binnen de week ontslagen. Bij de PZ verblijven 40% minder dan 1 maand in het ziekenhuis. Eén op vijf verblijft 3 maanden tot 1 jaar in het ziekenhuis. Op de K-dienst verblijven bijna de helft van de kinderen tussen de 1 en 3 maanden. Bij BW en PVT worden patiënten met een chronische psychiatrische problematiek opgevangen. Hier is de verblijfsduur aanzienlijk langer. Voor de ambulante centra nemen we als verblijfsduur de tijd tussen het 1ste FTF contact en het laatste. Voor bijna 1 op 3 patiënten is er maar 1 FTF contact. Meer dan 1 op 10 patiënten wordt 1 tot 3 jaar behandeld in een CGG.

Enkele evoluties voor de residentiële sector

Hoelang verblijven de patiënten in de voorziening?

Voor PZ, PAAZ en K-dienst geeft Figuur 7 het verloop van de mediaan van de verblijfsduur weer. In de PAAZ'en verblijft de helft van de patiënten minder dan 10 dagen in het

ziekenhuis. Binnen de PZ verblijft 50% van de patiënten 40 dagen of minder in het ziekenhuis. Bij de K-diensten zien we grotere schommelingen en een toename van de verblijfsduur in 2007.

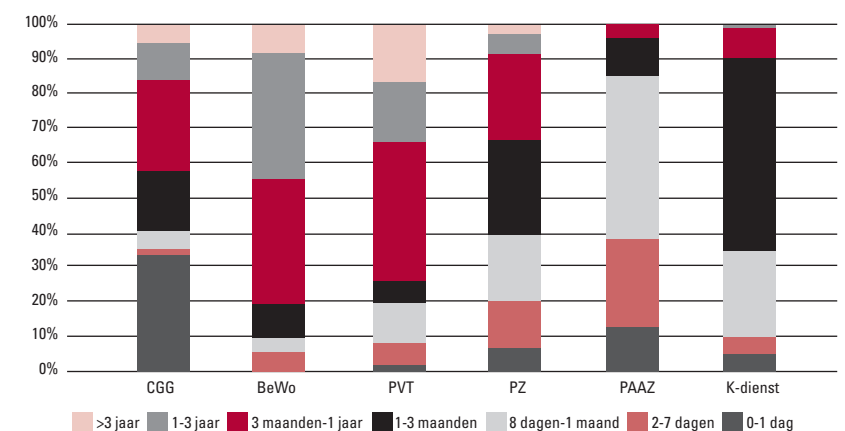
Evolutie diagnosegroepen

Figuur 8 geeft voor de residentiële sector de evolutie van de meest voorkomende (in aantal opnames) hoofddiagnose-klasse, in de periode 2000-2010. Het aandeel patiënten met een aanpassingsstoornis en 'schizofrene en psychotische stoornissen' blijft vrij stabiel. De klasse

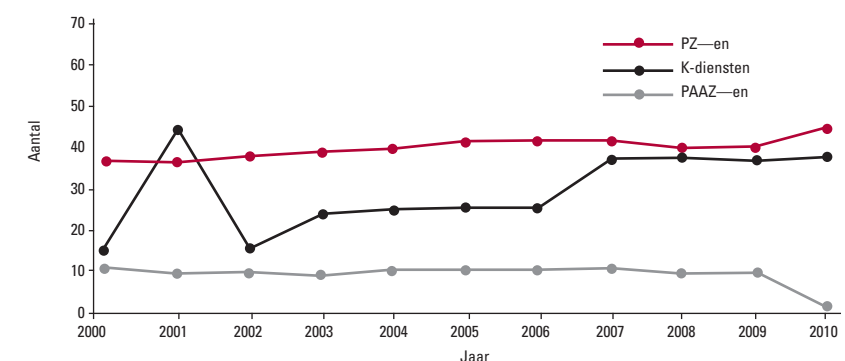
'stemmingsstoornissen' en 'stoornissen door middelen' stijgen lichtjes.

Het is duidelijk dat er zich over de jaren geen spectaculaire veranderingen voordoen maar kleine schommelingen in de patiëntenpopulatie zichtbaar zijn.

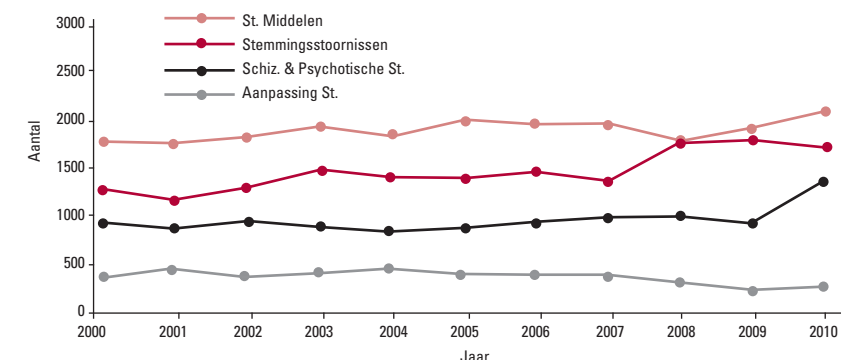
Liesbeth Bruckers
Miet Smeets



Figuur 6: Verblijfsduur voor de uitstroom 2010, per sector



Figuur 7: Evolutie van de verblijfsduur (mediaan), ontslagen



Figuur 8: Evolutie van de hoofddiagnose klasse, opnames

Naar een netwerk cultuursensitieve zorg in Limburg



In de provincies Antwerpen, Oost-Vlaanderen en Vlaams Brabant is er sinds 2006 een netwerk cultuursensitieve zorg uitgebouwd in de grootsteden Antwerpen, Gent en Brussel met financiële ondersteuning van de overheid. Vermits Limburg geen grootstad heeft, maar wel een multiculturele provincie is, nemen PRIC en SPIL het initiatief om ook hier in Limburg een netwerk uit te bouwen. Een netwerk cultuursensitieve zorg heeft als doel, rekening houdende met de maatschappelijke etnisch/culturele diversiteit, om naar een geestelijke gezondheidszorg te streven die niet alleen aandacht heeft voor de lichamelijke, sociale en psychische dimensies van de hulpvraag maar ook oog heeft voor de culturele dimensie. Het overstijgen van de cultuur van het eigen westerse zorgsysteem en zijn kennistheoretische fundament is hierbij van primordiaal belang. De doelstellingen van het netwerk cultuursensitieve zorg situeren zich onder drie pijlers, zijnde ondersteuning, netwerking en expertiseontwikkeling. Intervisie, consultdesk, vormingen en documentatiepunt vallen onder de pijler van "ondersteuning". Onder "netwerking" valt de regio, voor Limburg worden daarvoor de vier regio's rond de opvangcentra genomen. Experti-

seontwikkeling kan ontstaan door het inzetten van verschillende projecten.

Pijler 1: Ondersteuning

Vanuit de OKAN-scholen, opvangcentra en het zorgtraject kinderen en jongeren GGZ werd de nood aan een goed georganiseerd netwerk voor anderstalige kinderen en jongeren met psychische problemen aangekaart. Er moet nog te veel worden uitgeweken naar andere provincies voor de begeleiding van deze jongeren omdat expertise binnen Limburg ontbreekt. Deze vraag werd verder uitgeklaard in mei 2011 met de betrokken partners. Tijdens dit overleg werd het des te meer duidelijk dat er nood was aan expertiseontwikkeling om deze kinderen en jongeren goed te kunnen ondersteunen. Naar aanleiding van deze vraag werd de expertise ingeroepen van Solentra vzw om de inhoudelijke medewerkers via intervisie do's en dont's mee te geven. Solentra vzw is verbonden aan de kinder- en jeugdpsychiatrie van het UZ Brussel. Ze werken community based rond traumaverwerking en hebben een bijzondere aandacht voor vluchtelingkinderen, asielzoekers en alloctonen. Aan de hand van anonieme casusbesprekingen werd er stilgestaan rond de betekenis van het gedrag, samen werd er

gezocht naar een haalbare aanpak van het probleem. De intervisiegroep kwam reeds drie keer samengekomen en wordt door elke deelnemer als ondersteunend ervaren. Voor het volgende schooljaar wordt de intervisie verder gezet en zal op deze manier de expertise ook binnen Limburg zich verder kunnen ontwikkelen.

Ter ondersteuning van volwassenen is het project MindSpring uitgewerkt. MindSpring Vlaanderen is een realisatie van een aantal integratiecentra, elk voor hun eigen gebied. Voor de provincie Limburg is PRIC het aanspreekpunt. Het Europees Vluchtelingenfonds en de Vlaamse overheid financieren en ondersteunen MindSpring. MindSpring Vlaanderen is een psycho-educatie programma voor asielzoekers en vluchtelingen. De reeks van 6 groepsbijeenkomsten wordt in de eigen taal begeleid door een trainer die zelf een asiel- of vluchtelingengeschiedenis heeft en een professionele hulpverlener, de MindSpring co – begeleider. Een positief toekomstperspectief en het verwerken van specifieke problemen staan centraal in de MindSpring groepsbijeenkomsten. Het uitgangspunt van de psycho – educatieve groeps gesprekken is asielzoekers te leren hoe ze hun draagkracht kunnen versterken in hun vaak moeilijke situatie.

Pijler 2: Netwerking

Binnen de provincie Limburg bevinden zich drie opvangcentra van het Rode Kruis en één Fedasil opvangcentrum. Sinds enkele jaren komen de partners rond Fedasil Sint Truiden samen om verwachtingen op elkaar af te stemmen. Deze afstemming heeft geleid tot een samenwerkingsovereenkomst tussen Fedasil, CGG, Asster, CAW en Beschut Wonen. Door deze afspraak zullen

bewoners van Fedasil met psychosociale problemen op een betere manier worden doorverwezen en ondersteund. Het netwerk rond het opvangcentrum van Lanaken heeft zijn weg ook gevonden in de samenwerking. Vanuit het opvangcentrum weten ze bij wie ze terecht kunnen wanneer er volwassenen zijn die nood hebben aan meer begeleiding. Voor kinderen en jongeren moet men nog uitwijken naar andere provincies. Op 9 november organiseerde het opvangcentrum een kennismakings- en informatienamiddag waarop alle partners werden uitgenodigd. Het opvangcentrum van Heusden-Zolder bestaat nog maar enkele jaren. In september 2012 heeft een eerste overleg plaats gevonden met alle partners uit de regio. Een eerste overleg staat in teken van kennismaking en het uitspreken van verwachtingen. Het vierde asielcentrum bevindt zich in het Noorden, in Overpelt. Dit centrum heeft zijn netwerk reeds uitgebouwd en samen met SPIL wordt er gekeken welke noden er in de regio zijn en welke rol er kan worden opgenomen.

Pijler 3: Expertiseontwikkeling

Vanuit Fedasil wordt er in het najaar een oproep gelanceerd om via het "Europees vluchtelingenfonds" projecten uit te werken. Het is wachten op deze oproep maar er leeft reeds een idee om een project in te dienen waardoor naast de intervisie verder expertise kan ontwikkeld worden om met hulpvragen van anderstalige nieuwkomers en asielzoekers goed aan de slag te kunnen gaan.

Veerle Umans
■■■

Nieuwe taken voor de provincie

De Vlaamse overheid bekijkt momenteel het takenpakket van de provincies. Het debat over de opdrachten en taken die de provincies in de toekomst nog kunnen opnemen, is al een tijdje bezig.

Bij de start van het debat was het de bedoeling om twee bestuursniveaus te voorzien, namelijk het Vlaamse niveau met als opdracht de regelgeving en de lokale besturen die zorgen voor de uitvoering. Aanvankelijk zag het er naar uit dat de provincie enkel een opdracht rond grondgebonden materies zouden behouden.

Ondertussen kreeg de provincie op het vlak van persoonsgebonden materies een aantal bevoegdheden die verder decretaal zullen verankerd worden.

Alleszins moet het beleid van de provincie kaderen binnen het beleid dat door Vlaanderen is uitgetekend. De definitieve interne staatsvorming treedt in werking vanaf 1 januari 2014. 2013 wordt een overgangsjaar.

Met de reguliere middelen van de provincie mogen geen 'koppelsubsidies' of structurele subsidies meer gegeven worden. Dus voorzieningen die erkend en gefinancierd zijn door de Vlaamse overheid mogen geen bijkomende provinciale financiële middelen meer krijgen. Dit is geen besparingsmaatregel, want de middelen die de provincie voorzag voor deze voorzieningen, worden overgeheveld naar Vlaanderen. Op die manier streeft de Vlaamse overheid naar administratieve vereenvoudiging.

Projectsubsidies kan een provincie nog wel geven. Deze moeten kaderen in het impulsbeleid, afgesproken in een bestuursakkoord en afgestemd worden met het Vlaams beleid.

De provincie Limburg zal bij de financiële ondersteuning in de toekomst, vanuit het Vlaams kader, vooral inspelen op de nieuwe ontwikkelingen binnen de GGZ met de netwerkvorming en artikel 107. Vernieuwing en ingaan op hiaten, impulsbeleid en netwerkvorming zijn hierbij belangrijk. Vanzelfsprekend gaat het hier steeds om tijdelijke financiële ondersteuning en moet op termijn naar structurele verankering worden gezocht.

Miet Smeets
■■■

‘Het is niet omdat ik psychisch ziek ben, dat ik niet meer weet of ik liever koffie of thee drink.’

De cijfers liegen er niet om. Uit het jaarverslag 2011 van de ombudsdienst voor geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen (zie www.ombudsfunctieggz.be) blijkt dat 263 van de 2203 aanmeldingen bij de ombudsdienst gaan over ‘respectvolle bejegening’. Dit betekent dat meer dan 1 op 10 van de patiënten die een beroep wensen te doen op de ombudsdienst, melden dat zij zich met onvoldoende respect benaderd voelen.

Het respectvol en correct benaderd worden is voor de patiënten een eenvoudige vraag. Het gaat hier meestal niet over grove beroepsfouten of grensoverschrijdend gedrag waar de patiënten mee worden geconfronteerd. Vaak gaat het over het overnemen van de zorg, over betutteling.

In onderstaande fictieve casus willen we schetsen wat de belevingswereld van de patiënt en de hulpverlener kan zijn.

Het gaat onverwacht niet goed met Willem. Vorige week nog liep hij weg van de afdeling, hij hing rond in de stad, dronk enkele pintjes en at een frietje. Met zijn maandgeld kocht hij een nieuwe gitaar. Na een nachtje dolen meldde hij zich terug aan in het ziekenhuis. Iedereen was ongerust. Nu heeft hij een maand afdelingsarrest, zijn medicatie wordt toegediend via een inspuiting en er werd bewindvoering aangevraagd.

Willem meldt zich aan bij de ombudsdienst met de klacht dat hij ‘kinderachtig’ behandeld wordt. Hij is er zich van bewust dat het niet zijn beste zet was om er tussenuit te knippen maar hij had er zo’n nood aan om nog eens ‘op zichzelf’ te zijn. De aanleiding was dat hij slecht nieuws ontvangen had over zijn moeder, ze is palliatief. Hij wou erover spreken met zijn persoonlijke begeleidster maar toen hij naar het verpleegstation ging, hing er het bordje ‘vergadering’. Het leek er nochtans gezellig aan toe te gaan. Er stond taart op de vergadertafel.

Willem vertelt dat hij altijd al erg op zichzelf is, hij voelt zich het veiligst wanneer hij zich even kan terugtrekken. Op zijn kamer gaat dat niet; deze wordt afgesloten tot 17u. Hij kan ook niet verdragen dat iemand hem zou zien huilen. Dat hij nu een maand ‘gestraft’ is, vindt hij vernederend. Toen hij terugkwam op de afdeling had hij net de moed verzameld om erover te spreken maar de hoofdverpleegkundige stond te zwaaien met de afdelingsregels. Ze zeggen, zegt hij, dat hij het vertrouwen heeft beschaamd en dat daarom zijn medicatie nu via een inspuiting zal worden toegediend. Hier is hij niet gelukkig mee. Hij is nogal gevoelig voor medicatie. De gitaar had hij gekocht in een opwelling en ook weer niet. Toen het niet zo goed ging met Willem tijdens zijn puberteit, was het zijn moeder die voor hem een gitaar kocht. Maar omdat hij destijds geld nodig had, heeft hij de gitaar verkocht, tot grote spijt van zichzelf en ontgoocheling van zijn moeder. Misschien dat hij toch weer de draad kon opnemen en gitaarlessen volgen. Om deze uitgave werd er nu bewindvoering aangevraagd.

Alles ineens opmaken was natuurlijk dom. Het herinnerde iedereen aan het verleden toen hij grote schulden maakte. Willem voelt zich heel klein omdat iedereen nog zijn misstappen uit het verleden herinnert. Dat hij de afgelopen 5 jaar al zijn rekeningen op tijd betaalde heeft nu precies geen enkele waarde.

De ombudsdienst beluistert de persoonlijke begeleidster. Willem ontsnapt van de afdeling. Wie had dat na maandenlange vooruitgang gedacht en verwacht? ‘Hij was beter met mij eens komen spreken in plaats van weg te lopen, ik ben toch zijn persoonlijke begeleid(st)er? Als team hebben we een verdere terugval proberen te stoppen en weten we uit ervaring dat patiënten veel baat hebben als zij hun medicatie via een inspuiting toegediend krijgen. In deze casus is het ziekte-inzicht een knelpunt. Willem loopt momenteel te mokken op de afdeling en geeft ons de schuld van ons handelen, we moeten echter ingrijpen, hij is ziek. De aankoop van zijn gitaar is nogmaals een bewijs van zijn ziek zijn, impulsief gedrag behoort nu eenmaal bij zijn probleem. Bij opname, inderdaad 5 jaren geleden, had hij een berg schulden. Nu was hij eindelijk zover dat hij terug een mooie spaarcent opzij had staan. Hij verwacht natuurlijk dat hij, om rond te komen deze maand, zijn spaargeld mag aanspreken. Maar spaargeld is er om te sparen en te gebruiken bij zijn reïntegratie in de maatschappij. We verwachten dat hij de komende weken zijn medepatiënten zal bestoken met vragen naar tabak; het heeft zulk een destabiliserende invloed op de afdeling. We hebben, gezien zijn verleden, dan ook beslist bewindvoering aan te vragen.

Hij zegt dat hij de afdelingsregels niet begrijpt, duidelijker dan dat ze nu op papier staan kunnen we ze echt niet maken. Weglopen van de afdeling is een maand binnen blijven.’ ‘Ik weet wel dat het beter zou zijn als er 24u/24u een aanspreekpunt zou zijn op de afdeling, maar we hebben toch ook recht op onze middagpauze en om eventjes ongestoord te kunnen eten hangen we het bordje “vergaderen” aan de deur. Ik vind het jammer dat hem dat heeft tegengehouden om hulp te vragen, maar je begrijpt toch ook dat wij af en toe moeten pauzeren en ventileren.’

Is er ruimte voor verandering?

In de ombudspraktijk klagen patiënten dat zij in een ondergeschikte positie staan, dat hun stem niet gehoord wordt. We horen regelmatig dat de patiënten hun vraag niet bespreekbaar durven te maken. Uitspraken als: ‘ik wil het niet nog moeilijker maken, ‘ik zie ook dat ze het druk hebben’, ‘ik ben bang dat het achteraf tegen me gaat werken’ of ‘ik kan daar toch niet tegenop’, geven aan dat patiënten zich bewust zijn van hun kwetsbaarheid. Soms zijn patiënten ook geremd in het benoemen van klachten omwille van mededogen met medepatiënten die op dat moment net dat ietsje meer aandacht nodig hebben van het team. Vervolgens zijn ook de goede zorgen die patiënten ervaren op de werkvloer een aanleiding om loyaal te blijven ten aanzien van de hulpverlener die hen ook wel eens onheus bejegent.

Daarnaast staat dat er van de hulpverlener heel wat verwacht wordt. Vanuit een professionele en menselijke ingesteldheid om ‘het goede te doen’ voor patiënten, komt dit ‘best-wil-denken’ kort bij betutteling. Het “overnemen” is ook

gemakkelijker en bespaart kostbare tijd op de werkvloer.

Het is nochtans in ieders belang dat klachten, kritische bedenkingen en suggesties van patiënten kunnen benoemd worden. Dit vormt de basis voor de verbetering van de kwaliteit van zorg. Het laten gelden van autoriteit, overnemen en betuttelen doet afbreuk aan de luisterbereidheid van de hulpverlener en de autonomie van de patiënt. En dat is nu net wat de patiënt als respectloos ervaart. Zorg op maat? Koffie of thee?

De ideale relatie tussen patiënten en hulpverleners berust op vertrouwen en gelijkwaardigheid. Het rekening houden met de patiëntenrechten moet geïntegreerd worden in de basishouding van de hulpverlener. De patiëntenrechten responsabiliseren ook de patiënt om de verantwoordelijkheid voor zijn eigen zorg op te nemen. Een uitnodiging tot dialoog blijft een werkpunt.

Ingrid Meuwis
Marlies Thonnon



Week van geestelijke gezondheid

Van 7 tot en met 21 oktober 2012

Dag in dag uit gaat iedere hulpverlener van de geestelijke gezondheidszorg de uitdaging aan om zorg te dragen voor mensen met psychische problemen. Door dit een weekje extra in de kijker te zetten willen we niet enkel het taboe doorbreken en een positieve beeldvorming creëren maar willen we ook erkenning geven aan alle hulpverleners. Ook dit jaar werden er leuke en originele activiteiten georganiseerd. De aandacht die het Belang van Limburg en TVL aan dit thema heeft geschonken lokte vele positieve reacties uit.

Als voorproef van de week van de geestelijke gezondheid was er de officiële uitreiking van de hartenwenscampagne. Deze campagne was al aan de derde editie toe en geeft personen met een psychische problematiek de kans om een wens in vervulling te laten gaan. Een honderdtal patiënten en hun medewerkers waren aanwezig in de Boudewijnzaal op 3 oktober waar deputé Ramaekers de prijzen uitreikte. L'Overa, het orkestje van het dagactiviteitencentrum Actief en Locomotief, gaf een muzikaal tintje aan het evenement. Dat humor een ontladend effect heeft werd door de jury beaamd. Ze gaven de jongvolwassenafdeling van Asster dan ook hun steun om een humoristische avond te organiseren waarop een standup comedian wordt uitgenodigd. De bewonersraad van De Overstap kan aan de slag om een activiteit te organiseren voor kansarmen. Voor de eerste keer viel het Centrum voor Kinderpsychiatrie in de prijzen. Ze kunnen een week lang samen met een kunstenaar/artiest een project uitwerken rond een thema dat de jongeren zelf kiezen. Uit de 27 individuele wensen werden 3 wensen gekozen. Een man uit Asster die rolstoelgebonden is, kan Limburg vanuit een luchtballon bewonderen. Een andere man kan zijn droom zien verwezenlijken om een speler van Fenerbach te ontmoeten. De laatste wens is het uitgeven van een boek met gedichten en kortverhalen, geschreven door een jonge vrouw.

Op 7 oktober namen verschillende hulpverleners en enkele cliënten deel aan Dwars door Hasselt. Met een T-shirt van Fit in je hoofd werd de uitdaging aangegaan om 3, 5, 10 en zelfs 15 km te lopen. Zowel Jaak Poncelet, voorzitter SPIL, als minister Jo Vandeuren beaamden dat sport en bewegen goed is en liepen hun kilometers. Wanneer je je goed voelt

in je vel, dan voel je je ook fit in je hoofd. De tentoonstelling Locomoties van Psylos toonde verschillende portretten van sporters met een psychische beperking. Psylos is een Vlaamse federatie voor sport en recreatie in de geestelijke gezondheidszorg die in de verschillende sportdisciplines de participatie van personen met een psychische beperking stimuleert om zo tot integratie te komen.

Op verschillende locaties in de provincie werden workshops aangeboden van Fit in je hoofd. De deelnemers waren allen blij verrast en gaan de 10.000 stappen proberen toe te passen in hun eigen leven. De volgende stappen kunnen je helpen om een gezond en gelukkig leven uit te bouwen:

1. Vind jezelf oké.
2. Praat erover.
3. Beweeg.
4. Probeer iets nieuws.
5. Reken op vrienden.
6. Durf nee zeggen.
7. Ga ervoor.
8. Durf hulp vragen.
9. Gun jezelf rust.
10. Je hoofd boven water.

Meer informatie vind je terug op www.fitinjehoofd.be.

Www.noknok.be is een website speciaal opgericht voor jongeren. Het doel is hetzelfde als bij de Fit in je hoofdcampagne, jongeren beter in hun vel doen voelen. Er staan vier knaltips centraal:

1. Ik (k)en mezelf.
2. Mijn grenzen.
3. Reken op anderen.
4. Tijd voor mezelf.

Er werd een wedstrijd gehouden waarbij jeugdorganisaties konden aangeven waarom hun lokaal kon gepimpt worden. In de week van de geestelijke gezondheid werden vijf winnaars bekend gemaakt die

waardebonnen en leuke muurstickers kregen voor hun vereniging.

Depressie komt vaak voor bij ouderen maar hoort zeker niet automatisch bij het ouder worden. Depressie is een ziekte waar iets aan te doen is. Op de werelddag van geestelijke gezondheidszorg, 10 oktober, werd de brochure "Depressie bij ouderen" voorgesteld. In de brochure zijn tips, informatie en verwijzingsadressen opgenomen. Vanuit de provincie willen we samen met de sector zorg

dragen voor deze mensen. Er is een 0800-telefoonnummer operationeel gemaakt, twee halve dagen per week, waar iedereen die in contact komt met ouderen en depressie terecht kan met vragen. Er is een beurtrol tussen de medewerkers van verschillende CGG's met expertise in depressie en ouderen.

Vanuit SPIL hebben we samen met de provincie deze week van de geestelijke gezondheid georganiseerd. Te Gek! organiseert het hele

jaar door verschillende activiteiten om het taboe rond geestelijke gezondheid te blijven doorbreken. Zo is er recent een vijfde Te Gek! CD uitgebracht en lopen er in verschillende culturele centra theaterproducties rond psychiatrische problematieken. Meer informatie kan je terug vinden op www.tegek.be

Veerle Umans



Brochure Provincie Limburg "Ouderen en Depressie"

Tips voor depressieve ouderen en hun omgeving

Depressie komt veel voor bij ouderen. Toch blijft depressie moeilijk bespreekbaar, zowel voor de persoon die zelf met depressieve gevoelens kampt, als voor zijn omgeving. De diagnose van een depressie bij ouderen is bovendien niet altijd gemakkelijk te stellen, omdat de symptomen soms onduidelijk zijn of omdat klachten toegeschreven worden aan 'ouder worden'. Daardoor is depressie bij ouderen veelal een miskend probleem.

De Provinciale Dienst Ouderenzorg publiceert een brochure met informatie over ouderen en depressie. Deze brochure biedt een duidelijke kijk op wat een depressie is en wat niet: hoe ontstaat een depressie, hoe ga je ermee om en waar kan je terecht voor hulp? Er staan ook tips in om met een depressie of met een depressieve oudere om te gaan en tips om 'geestelijk gezond' in het leven te staan. De brochure is gratis te bestellen op 011 23 72 80 of via ouderenzorg@limburg.be.

De brochure is uitgewerkt door de Provinciale Dienst Ouderenzorg in samenwerking met de Werkgroep Ouderen van SPIL.



Stand van zaken Projecten “Artikel 107” Noolim en Reling

De vorige Overspil stond hoofdzakelijk in het teken van “Artikel 107” en de ingediende projectaanvragen vanuit de twee Limburgse GGZ-netwerken Noolim en Reling. Aangezien deze editie ondertussen reeds een jaar achter ons ligt, wordt het tijd om een stand van zaken op te maken van beide projecten. Om jullie een correcte en actuele stand van zaken te kunnen meegeven, vroegen we aan de netwerkcoördinatoren van Noolim en Reling om in een notendop een huidige stand van zaken van Noolim en Reling inzake “Psy 107” op te maken. Hiernaast vind je hun verhaal...

De doorstart van het Noolim 107-project is een feit. De Federale overheid heeft nl. op 25 juli 2012 groen licht gegeven om het 107-project Netwerk Oost-Limburg concreet vorm te geven en uit te bouwen. Op 1 oktober 2012 ging de nieuwe netwerkcoördinator – Hilde Dierckx – voltijs aan de slag. Op de vergaderingen van het netwerkcomité dd. 25 oktober en 6 november 2012 zijn de eerste stappen gezet naar de operationalisering van het GGZ-netwerk Noolim. Het netwerkcomité is samengesteld uit gemandateerden van alle leden van het netwerk, zowel GGZ- als niet GGZ-partners en patiënten- en familieverenigingen.

Hoe krijgt de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg binnen Noolim concreet vorm?

We geven hieronder een beknopt overzicht van de actualisering van het projectdossier, met een aantal belangrijke wijzigingen t.o.v. het vorige artikel in Overspil (2011, 18-40).

Voor de volledige netwerkregio (356.733 inwoners) wordt – in plaats van 2 subteams - één mobiel crisisteam opgericht, waardoor een voldoende schaalgrootte kan worden gegarandeerd. Dit team wordt georiënteerd naar een hoofdstandplaats in Genk (specifieke locatie wordt nog verder onderzocht), waarbij de mogelijkheid wordt voorzien van 2 werkposten in het Noorden en het

Netwerk GGZ Oost-Limburg “Kick-Off Noolim”

Eén Mobiel Crisisteam (2a) met hoofdstandplaats Genk en mogelijks 2 “werkposten”



Zuiden van de Noolim-regio in samenwerking met de 2 Algemene Ziekenhuizen (AZ Maas en Kempen en AZ Vesalius Tongeren).

Met het oog op een goede loco-regionale verankering worden er drie mobiele teams opgericht voor behandeling en begeleiding van patiënten met langdurige zorgnoden in hun leefomgeving: met name in subregio Zuid (Tongeren-Bilzen), subregio Midden (Genk-Maasmechelen) en subregio Noord (Bree-Maaseik). Hierbij wordt gestreefd naar een maximale verankering van de expertise van de psychiatrische zorg in de thuissituatie (PZT). Een opmerkelijke verdienste is dat de 2 psychiatrische ziekenhuizen (Medisch Centrum St.-Jozef Munsterbilzen en OPZC Rekem) gezamenlijk een extra inspanning leveren voor de opstart van een volwaardig 2b-team

Drie Mobiele Behandelteams (2b) in subregio Noord, Midden en Zuid



in subregio Noord, gegeven de tekorten in het aanbod daar. Midden Noolim en Zuid Noolim zullen elk over een middelgroot 2b-team kunnen beschikken.

Drie projectgroepen – functionerend op het niveau van het netwerk en met een brede samenstelling – starten vanaf midden november om vóór eind december 2012 de meest prioritaire procedures en methodieken uit te werken. Deze “tools” zijn immers essentieel om voorafgaandelijk aan de operationalisering van de mobiele teams de connectiviteit tussen de verschillende functies vast te houden. Op die manier kunnen individuele zorgtrajecten van patiënten zo naadloos mogelijk verlopen ...

Via de projectgroep “herstel” zal de visie inzake rehabilitatie over de

functies 2b, 3 en 5 heen concreet vertaald worden naar een werkmodel dat in de 3 subregio's zal worden geïmplementeerd. Ook de functie van “rehabilitatiemanager” wordt kritisch onderzocht. De tweede projectgroep “crisis en gespecialiseerde behandeling” (functie 2a en 4) zal de afspraken inzake doorverwijzing en de uitvoering van het “bed/plaats-op-recept-principe” uitwerken. De projectgroep “detectie en vroeginterventie”¹ tenslotte zoekt naar de meest gepaste wijze waarop – concreet én zorginhoudelijk - aan de vragen en de noden uit de eerstelijns (welzijn en gezondheid) kan worden tegemoet gekomen. Ondertussen krijgt ook de samenwerking met Reling concreet vorm op vlak van functie 1a, zijnde preventie, promotie en sensibilisering inzake GGZ. Deze opdracht wordt op provinciaal niveau met ondersteuning van SPIL uitgewerkt.

De twee psychiatrische ziekenhuizen staan nu voor de complexe opdracht om in intern overleg met alle betrokken actoren, en zeer specifiek met hun artsen, de buitengebruikstelling van telkens 30 bedden te plannen en uit te voeren. Zij zullen dit ook doen met de grootste zorg naar hun patiënten toe. We wensen hen hierbij alle succes toe.

Hilde Dierckx
Netwerkcoördinator Noolim



Regionaal Limburgs Initiatief GGZ Reling

Sinds zijn opstart heeft Reling al de nodige verschuivingen in het West-Limburgse GGZ landschap teweeggebracht. En met een snelheid waarvoor ook Minister Vandeuren ons tijdens een recentelijk werkbezoek feliciteerde.

Op netwerkniveau zijn bijna alle overlegorganen geïnstalleerd. Het Comité Art. 107 Reling en de stuurgroep hebben een vast vergaderritme. En de verschillende werkgroepen (HRM, Financiën, IT en Communicatie) starten in september hun werking terug op, na een korte zomerpauze. Daarnaast heeft het netwerk Reling regelmatig ad hoc overleg met andere overlegorganen en zorgregio's op vlak van zeer uiteenlopende onderwerpen. In de periode juni/juli van 2012 werd de functie van netwerkcoördinator overgedragen van Eddy Daems (nu teamleider mobiel team 2b zuid) naar David Dol. De opstart van de twee overblijvende overlegtafels, zijnde de adviesgroep 'governance' en 'zorg', alsook de opstart van het subregionaal overleg staan nu op het programma.

Op werkingsniveau worden voor Functie 1a (algemene preventie en promotie GGZ) de eerste afspraken gemaakt in samenwerking met Noolim en met steun van de Provincie Limburg. Voor 1b (indicatiestelling, vroegdetectie en kortdurende behandeling) kunnen we melden dat de 'overlegtafel voor indicatiestelling subregio zuid' sinds september 2012 actief is en om de 14 dagen samenkomt. Bij opstart wordt daar vooral aan de samenstelling en doelstelling van de overlegtafel gewerkt maar we hopen zeer snel over te kunnen gaan naar concrete besprekingen op casusniveau.

Wat de mobiele teams (Functie 2) betreft zijn we zeer blij te kunnen melden dat, nadat in februari en april van dit jaar de teams in het zuiden van start gingen, vanaf 17 september ook subregio Noord over zijn teams beschikt. Nu deze teams actief zijn plannen we een grootschalige communicatieactie naar alle betrokken actoren zorg en welzijn. De eerste ervaringen in subregio zuid zijn achter de rug en ogen veelbelovend! Ook vermeldenswaardig is dat de partners die personeel hebben geleverd aan de mobiele teams momenteel nog interne verschuivingen aan het verwerken zijn. Het vertrek van zoveel personeelsleden naar een nieuwe functie heeft een zekere impact op de werking van de voorziening waarvan ze komen.

Voor Functie 3 (rehabilitatie en activering) plannen we in het najaar te starten met 4 deeltijdse reabilitatieverantwoordelijken, waarvan er momenteel al twee actief zijn. Zij gaan per subregio het revalidatielandschap in kaart brengen om een zicht te krijgen op inhoudelijke en subregionale leemtes. Bovendien wordt er al halsreikend uitgekeken hoe de door het RIZIV gefinancierde jobcoach ingezet kan worden in het Relinggebied vanaf 2013.

De ziekenhuizen (Functie 4) bereiden zich verder voor op hun vernieuwde opdracht om steeds gespecialiseerder en intensiever zorg te gaan aanbieden. Er werd zeer veel energie gestopt in de opstart van Functie 2 en de bevviezing van bedden. Tel daarbij de integratiebeweging van Asster en je zal begrijpen dat ook intramuraal het landschap het laatste jaar enorm veranderd is.

Bij Functie 5 (gespecialiseerde woonvormen) wordt er uitgekeken naar ontwerp teksten van Zorgnet Vlaanderen en de overheid betreffende de afstemming en differentiatie tussen PVT en Beschut Wonen. Daarnaast wordt er vlijtig verder geëxperimenteerd met tussenvormen van wonen in samenwerking met een veelheid aan partners en allemaal in het kader van de realisatie van een 'stepped care' woon- en begeleidingsaanbod.

Afsluitend zou ik Noolim alle succes willen toewensen nu ze concreet kunnen opstarten en hopen wij vanuit Reling de samenwerking die er al bestaat verder uit te bouwen, ieder vanuit onze eigenheid maar met één gemeenschappelijk doel voor ogen: Op elke Limburgse zorgvraag een op maat gesneden antwoord bieden vanuit een divers, ruim, kwalitatief en aan elkaar gelinkt zorgaanbod.

David Dol
Netwerkcoördinator Reling



Interview met teamleiders Functie 2A en 2B Reling

Op een zonnige dinsdagmiddag trok de Overspil-redactie naar Sint-Truiden voor een interview met Dette Court, teamleider van mobiel 2A-team Zuid, en Eddy Daems, teamleider van het mobiel 2B-team Zuid en PZT Midden-Limburg. We vroegen ons immers af hoe de Functies 2A en 2B, waarvan we het theoretisch kader in de middenkatem van de vorige Overspil uitgebreid toegelicht hebben, nu eigenlijk naar de Reling-praktijk vertaald zijn.

Dette Court is teamleider van mobiel 2A-team Zuid. Zij is van opleiding psychiatrisch verpleegkundige en heeft na het behalen van haar diploma tien jaar in een psychiatrisch ziekenhuis gewerkt. Nadien is ze aan de slag gegaan in de ambulante sector (CGG Andante). Ze heeft 20 jaar als psychotherapeut gewerkt met als specialisaties crisis- en kortdurend werken. De laatste twee jaar werkte ze als teamcoördinator.

Eddy Daems is teamleider van mobiel 2B-team Zuid en PZT Midden-Limburg. Hij is psychiatrisch verpleegkundige en heeft steeds gewerkt als hoofdverpleegkundige en afdelingsverantwoordelijke binnen Asster campus Melveren. Sinds 10 jaar is hij daarnaast teamcoördinator psychiatrische thuiszorg. Van februari 2011 tot juli 2012 heeft hij de functie van netwerkcoördinator Reling opgenomen. Sinds februari 2012 is hij nauw betrokken geweest bij de opstart van de mobiele

2B-teams en sinds augustus 2012 is hij teamleider van Reling Zuid mobiel B-team en PZT Midden

Overspil: Een startvraag, louter uit nieuwsgierigheid. Staat er, hiërarchisch gezien, nog iemand boven jullie als teamleiders 2A en 2B Reling Zuid? Bv. een coördinator voor de volledige Functie 2 zoals in het organogram stond?

Eddy: Wij zijn momenteel de afvaardiging vanuit de 2A en 2B-teams naar het Netwerkteam aan het bekijken. De vijf 107-functies zijn vertegenwoordigd in het Netwerkteam, met daarnaast onze netwerkpsychiater dr. Marie-Paule Clerinx en netwerkcoördinator David Dol. Dit team moet het kloppend hart worden van Reling en zal het beleid op lokaal niveau uitschrijven. Dit team zal vooral inhoudelijk, vanuit de praktijk en het werkveld, aan de slag gaan rond de afstemming van de functies.

Dette: De Stuurgroep is het dagelijks bestuur dat van verderaf, eerder beleidsmatig, kijkt, meedenkt en soms aanstuurt.

Overspil: Jullie zitten nog in de pilootfase. Wat wil dat dan zeggen "inhoudelijk aan de slag gaan"?

Eddy: In het Netwerkteam zal bv. aan bod komen wat in de projecttekst rond inclusies en exclusie staat. Wij horen vanuit de praktijk dat deze inclusies niet altijd lukken en toelidingen soms niet worden aangenomen. Wat doen we hiermee? Wat maakt dat de overgang van intramurale zorg naar mobiele teams soms niet goed verloopt? We moeten dit met elkaar bespreken. Daarnaast

is afstemming ook noodzakelijk, bv. bij de opstart van de 2A en 2B-teams Noord.

Dette: Hoe kunnen we er bv. voor zorgen dat mensen die door het 2A-team vier weken begeleid zijn niet allemaal systematisch bij het 2B-team terecht komen? Het gaat over afstemming tussen de functies, maar natuurlijk ook over afstemming daarbuiten, met de eerste lijn en het netwerk. Deze afstemming is nog prematuur. We zijn in Zuid bv. nog maar twee maal samengekomen.

Eddy: Het is overigens niet de bedoeling om casusbesprekingen (bv. over het al dan niet includeren van een persoon) te houden op het Netwerkteam.

Dette: Alleen een arts mag een aanmelding doen bij 2A-team. Op het Netwerkteam kunnen we bespreken hoe ons communicatieplan bv. naar de artsen er best uit ziet want we moeten ons bekend maken. Hoe gaan we dat doen? Deze kwesties worden op het Netwerkteam besproken. Het zou wel kunnen dat we een casus uitvergroten om de impact van het globaal beleid te evalueren en te bekijken, maar geen casuïstiek dus.

Overspil: Gaat er dan ook een coördinator of teamleider komen van Noord?

Dette: Jawel, voor het 2B-team Noord wordt Debra Van Leuven de teamleider, en voor het 2A-team Noord Raf Remans.

Eddy: De bedoeling was echter om, zoals in de projecttekst staat



uitgeschreven, vanuit functie 2 één iemand af te vaardigen naar het Netwerkteam, maar dat gaat niet gebeuren. Functie 2a en 2b verschillen behoorlijk wat en daarom is het best dat voor elke functie iemand in het Netwerkteam zit. Dus eigenlijk zetelen er twee personen namens functie 2 in het Netwerkteam, voorlopig zijn dit Dette en ikzelf. Volgend jaar wordt bv. een beurtrol met Noord opgemaakt.

Overspil: *Zitten jullie met de regionale 2A of 2B-teams ook samen in een soort Reling 2A of 2B?*

Dette: Nee... Op zich niet. Misschien een paar keer per jaar naar vorming, maar niet naar team en teamwerking. We hebben wel een teamleidersoverleg waar heel constructief en hard gewerkt wordt. Het is immers niet evident om met zo'n nieuw team aan de slag te gaan. Wij (2A) hebben eigenlijk maar drie weken de tijd gekregen om een team om te starten dat operationeel was. We kregen daarbij, gelukkig, alle ruimte om zelf alles in te vullen, maar het was allesbehalve evident en makkelijk. Hoe begin je daaraan, zeker met verschillende mensen die vanuit een residentiële sector komen en plots mobiel ingezet moeten worden.

Overspil: *Hoe zijn jullie dan te werk gaan in die opstartfase?*

Dette: We hebben eerst mogelijke kandidaten geselecteerd en er zijn sollicitaties georganiseerd. Hierbij polsten we naar hun affiniteit met de patiënten, maar ook met het gehele systeem, de basisattitudes en –houding. Men moet immers los kunnen komen van de ziekenhuissector, op huisbezoek durven gaan, een inschatting kunnen maken en zelf beslissingen durven nemen. Er is weliswaar altijd back-up binnen het 2A-team, maar het is toch nieuw voor de teamleden die gewend zijn om binnen de structuur van een ziekenhuis te werken waar vooral de arts het beleid bepaalt. Hier ligt het accent niet meer op het uitvoerend werk. In het begin, en nu nog, heeft

dat voor veel onzekerheid gezorgd. **Eddy:** Mensen met jarenlange intramurale ervaring gaan als hulpverlener vaak geneigd zijn om veel te doen in de plaats van de patiënt, terwijl dit juist niet de bedoeling is. Ik zeg altijd: "Steek uw handen in uw zakken, leun achterover en doe niks in de plaats van de patiënt." Eergisteren zei nog iemand op het team: "Ik ben nog veel te veel ziekenhuisverpleegkundige." Als verpleegkundige zijn we het gewend om alles voor de patiënt te doen, terwijl je hen eigenlijk best enkel bijstaat en motiveert. Als de patiënt iets niet doen, ook al zouden wij dit willen, dan is dat de keuze van de patiënt. Ontzettend boeiende vraagstukken die tijdens interviews vaak naar voor komen. Dus patiënten helpen mag, maar niet overnemen. Dat is een grote valkuil. Ik kan dit verhaal ook alleen brengen door er een karikatuur van te maken. Niks doen, niet handelen voordat je weet: "wat zit hierachter?" En dat vraagt tijd. Je moet je tijd durven nemen. "Handen in de zakken!"

Overspil: *En wordt deze visie en houding aanvaard door zijn sociale omgeving?*

Eddy: Niet altijd. Maar je gaat altijd de verwachtingen van de patiënt en zijn systeem aftoetsen en je corrigeert die. Uitspraken als "Jij gaat mij van mijn problemen afhelpen!" of "Ik wil gelukkig zijn!" Je moet dadelijk corrigeren dat dat niet kan. Ook de verwachtingen van de verwijzer moeten vaak bijgeschaafd worden.

Dette: Inderdaad. Vaak, bv. gisteren nog, gaat het als volgt. Er gaat iemand in crisis wiens dossier we de dag ervoor afgerond hadden. De huisarts belt evenwel terug omdat het meisje niet echt in crisis was, maar zich toch wat minder goed voelde. Wij hebben toen duidelijk gezegd: "Onze begeleiding is gestopt. Wij nemen haar niet terug op!" Maar we hebben geadviseerd, net als bij afronding van haar dossier, om haar naar een privé-therapeut te verwijzen. Hierop stelt de

huisarts dat wij haar moeten motiveren. Als we op deze vraag ook niet ingaan, zegt de huisarts, en dan voel je zo de frustratie, "Geef me dan maar een lijst van psychologen." Het is echt niet de bedoeling dat we de bestaande hulpverlening gaan overnemen. Iedereen moet zijn werk blijven doen. Wij hebben immers een zeer specifiek aanbod. Maar je ziet inderdaad vaak dat hulpverleners zeer hoge verwachtingen hebben bij nieuwe projecten. "Nu gaan wij alles kunnen verwijzen." Maar dat is natuurlijk niet de realiteit. Als iemand, zoals in het voorbeeld, terug in crisis gaat, gaan we wel terug op huisbezoek, maar daarom is het nog niet vanzelfsprekend dat we terug de begeleiding opnemen vanuit het team. Zo zouden we bezig blijven. We kunnen enkel vaststellen wat maakt dat deze crisis er terug is om dan misschien terug alles even op spoor te brengen, weliswaar heel voorzichtig. Mensen moeten ook doen wat je hen adviseert. Als je dan bv. toch niet in therapie gaat en je zakt terug weg. Tja, zo kunnen we brandjes blijven blussen.

Overspil: *Zou je mij eens kort kunnen situeren hoe het 2A-aanbod eruit ziet?*

Dette: Eigenlijk organiseren wij psychiatrische thuiszorg, maar enkel in acute en crisissituaties, uitdrukkelijk niet in urgentiesituaties. Wij zijn immers niet oproepbaar. Wat is een crisis? Het crisiselement moet aanwezig zijn, maar de patiënt moet zich toch nog enigszins kunnen handhaven aangezien wij een eerste contact aanbieden binnen de 16 uur. Alleen de huisarts of de psychiater kan de aanmelding doen. Wij zijn tijdens de weekdagen bereikbaar tussen 8u30 en 21u en in weekend van 8u30 tot 16u. Voor de rest zijn wij nog niet bereikbaar. De telefonische aanmelding verloopt via een vaste lijn, met eventueel doorschakeling naar een permanentie-GSM. Na 21u is de lijn doorgeschakeld naar een antwoordapparaat waarop staat wanneer we te bereiken zijn. Er wordt evenwel gestreefd naar 24u/24u bereikbaarheid omdat een

mobiel team een alternatief is voor een volledige opname, maar op dit ogenblik is dit praktisch niet haalbaar.

Overspil: *Kan je eens wat over aanmeldingen vertellen? Over welke situaties gaat het?*

Dette: Ja, we hebben toch al heel wat aanmeldingen gehad, ook van Asster omdat er iemand op de wachtlijst staat en dat hij/zij in crisis is of gaat. Over wat gaat dat dan vaak? We hebben heel wat mensen die psychotisch zijn en die echt niet meer willen opgenomen worden. Een meisje van 18 jaar dat suïcidaal is, maar waar toch eerder een problematiek was van 'niet voldoen aan de verwachtingen van de ouders', dus eerder systeemgericht. Een aantal aanmeldingen hadden ook betrekking op een alcoholverslaving. We hebben bv. ook al patiënten geholpen om ambulant te ontnemen, natuurlijk mits de aanwezigheid van een sterk netwerk. Maar depressie, suïcide, psychose en afhankelijkheid zijn totnogtoe de meest voorkomende ziektebeelden.

Overspil: *Zijn er mensen met bepaalde psychische aandoeningen die niet in aanmerking komen om zo geholpen te worden?*

Dette: Nee, eigenlijk niet. Is er een crisis, dan gaan we altijd toch op huisbezoek om te kijken wat de aanmelding is. Het gaat zowel om ernstige psychiatrische problematieken, als om mensen die nog niet in de GGZ gekend zijn.

Overspil: *Hoeveel aanmeldingen zijn er al geweest?*

Dette: Ongeveer 45 aanmeldingen op drie maanden tijd. Daarvan zijn er 38 afgerond. De caselaod zou ongeveer 30 aanmeldingen per maand moeten zijn, maar dit aantal halen we nog niet. Het project is ook nog niet bekend/gekend bij huisartsen. Er bestaat ook nog geen reflex om bij crisissituatie ons te contacteren. Men denkt nog niet ons, of wij staan nog niet genoeg in "the picture"?

Overspil: *Dus er gebeurt een aanmelding en binnen de 16 uren gaat iemand langs. Hoe verloopt dit juist?*

Dette: Er gaan twee teamleden, verpleegkundigen, langs en die houden een eerste gesprek. Is het crisissituatie of is er ondersteunende hulp nodig? Wat is er hier aan de hand? Zij maken ook altijd een afspraak met onze psychiater 's anderendaags. De cliënt is pas geïncludeerd als hij minstens éénmaal op consultatie bij de psychiater, in ons geval dr. Olivier Bollen, geweest is, gezien zijn medische verantwoordelijkheid. De (huis)arts heeft de juridische verantwoordelijkheid over de patiënt tot de patiënt op consultatie geweest is bij de psychiater. Bij de aanmelding door de (huis)arts vragen we steeds om in te schatten of het veilig is om aan huis te gaan.

Overspil: *En dan, hij wordt geïncludeerd en ...*

Dette: We hebben dagelijks een briefingoverleg waarop we momenteel nog alle patiënten overlopen. Bij nieuwe patiënten maken we op basis van het eerste huisbezoek een werkhypothese en bepalen we de doelstellingen op korte termijn en lange termijn. Hoe vaak gaan we op huisbezoek en waarom? We behandelen maximum vier weken. Er kan tot dagelijks langs gegaan worden. Van in het begin bekijken we of iemand langere zorg nodig heeft en dan wordt al gekeken of een CGG, het 2B-team, ... moet gecontacteerd worden. Uitstroom na vier weken is zeer moeilijk, gezien de wachtlijsten.

Overspil: *Wat zijn precies de inclusiecriteria?*

Dette: Als de patiënt geen hulpvraag heeft gaan we niet aan huis. Als de familie een hulpvraag heeft, gaan we wel aan huis want de patiënt kan bv. een psychose hebben, maar niet vragen naar hulp. Maar we moeten welkom zijn. Er zijn dus eigenlijk geen exclusiecriteria, tenzij het gaat over

een gevaarlijke of onvoorspelbare situatie (bv. iemand onder zware invloed).

Overspil: *Wat doen jullie juist? Begeleiding? Behandeling? Therapie?*

Dette: Ann Minnaert is onze psycholoog. Het team moet een basisattitude krijgen naar therapeutische vaardigheden. Hoe ga je met een crisis om? Wat is het eerste wat je doet? Hoe leer je systemisch naar het geheel te kijken? We zijn volop met vorming bezig, met zowel accenten naar het oplossingsgerichte als het systeemgerichte. Dit zijn de twee invalshoeken om een gesprek aan te gaan. Uitgangspunt is evenwel dat er hulp wordt gegeven aan het hele systeem. Hierin zit het grote verschil met behandeling binnen het ziekenhuis. Aan huis zie je alles en kan je achterliggende problemen, die niet zichtbaar zijn in een ziekenhuis, detecteren en hiermee aan de slag gaan. We gaan bv. langs bij een dame in crisis, psychotisch, maar momenteel eigenlijk gestabiliseerd en een behoorlijk goed functionerend. Het probleem is evenwel haar man die een zwaar alcoholprobleem heeft. Mevrouw probeert daar mee om te gaan, maar met haar man zijn geen afspraken te maken. Moeten we onze zorg verschuiven? Is dat een nieuw dossier? Daar moet je je als team aan aanpassen. We moeten af van het louter kijken naar en focussen op de patiënt. We behandelen het volledige systeem.

Overspil: *Hoeveel keer wordt er zo aan huis gegaan binnen zo’n traject?*

Dette: Er zijn grote verschillen. Bij de vorige casus zijn we bijna dagelijks langs geweest. In het totaal dus zo’n 25 maal. We proberen altijd af te bouwen, want anders maak je je cliënten afhankelijk en is de overgang te abrupt. In het begin zijn we dagelijks gegaan en kon zij ook bellen. Onze psychiater is ook aan huis geweest om haar een spuit te geven omdat ze niet naar het ziekenhuis wilde. Hierrond is natuurlijk overlegd

met de huisarts die zijn toestemming heeft geven. Ook de nazorg moeten we in het oog houden want het mag niet te abrupt zijn. We werken overigens met een roulerend systeem dus er gaan verschillende hulpverleners aan huis. Je hebt een hoofd-persoonlijke begeleider (PB) en een duo. De PB beheert het dossier, zowel naar contacten met de huisarts, verslaggeving, Hij is verantwoordelijk voor de patiënt en zijn systeem en zorgt ook dat er continuïteit is aan informatie. Er is ook een duo omdat we in het weekend werken en niet altijd aanwezig kunnen zijn. Soms gaat nog iemand anders langs, dan nog blijft de verantwoordelijkheid bij hem om te zorgen dat deze collega de juiste informatie krijgt. Dit is evenwel een moeilijke oefening want we werken met wisselende uren.

Overspil: *Uit hoeveel hulpverleners bestaat jullie team?*

Dette: Uit 10 personen, mijzelf en de psycholoog inbegrepen. Het kan zijn dat al deze hulpverleners bij dezelfde patiënt aan huis gaan. Dat is niet altijd prettig voor de patiënt, maar het gaat niet anders. De patiënt kan wel vragen naar dezelfde hulpverlener, mits hij voldoende draagkracht heeft en er bv. slechts om de drie of vier dagen huisbezoeken nodig zijn. We weten uit literatuur dat het het belangrijkste is dat men goed geïnformeerd is; dat de patiënt voelt dat de hulpverlener het dossier kent.

Overspil: *Wie kan er aanmelden bij het 2B-team naast zoals we net gehoord hebben het 2A-team?*

Eddy: Huisartsen, psychiaters, maar ook hulpverleners uit de eerste lijn zoals gezinszorgdiensten kunnen aanmelden, maar steeds in overleg met de huisarts. De huisarts moet onderschrijven dat professionele psychiatrische hulp aan huis noodzakelijk is. De medische verantwoordelijkheid is verschillend met 2A-team aangezien de huisarts, gezien de chronische situatie van de cliënt, vaak niet meer zo betrokken is. Het zijn dan

vaak de eerstelijnsdiensten die rondom de patiënt werken en die vragende partij zijn en een goede inschatting kunnen maken. Er moet steeds een aanmeldingsformulier ingevuld worden dat besproken wordt op het intake-team en waarna beslist kan worden: “Ja, dat zien we zitten! Dit is iets voor ons!”, waarna de hulpverlening kan opgestart worden.

Overspil: *Wat zijn hierbij belangrijke criteria? Hoe bepaal je “chroniciteit”?*

Eddy: Dit is inderdaad zeer moeilijk. Vroeger in de psychiatrische thuiszorg was dit makkelijker aangezien de meeste patiënten reeds een jarenlange geschiedenis binnen de psychiatrie hadden. Nu ontdekken we patiënten die reeds jarenlang psychische problemen hebben, maar die eigenlijk nooit of nauwelijks psychiatrische hulp gekregen hebben. En dan is vaak de eerste reflex: “Jamaar, die persoon is nog nooit opgenomen geweest! Hoe kan hij dan chronisch zijn?”. Maar vaak gaat het inderdaad om mensen die reeds jarenlang worstelen “met iets”, maar niet als chronisch gediagnosticeerd zijn of waar rond nog maar net werkhypothesen gesteld zijn (bv. psychotische onderbouw). De afgrenzing 2A- versus 2B-team is dus zeker niet evident. Na een kennismakingsgesprek starten wij op met een houvast-begeleider en een duo die, afhankelijk van de noden van de patiënt, eerst samen, daarna apart, aan huis komen. Vroeger werd er binnen PZT toegeleid naar een ziekenhuisopname indien de nood aan begeleiding groter was dan één keer per week. Dit is binnen de werking van het huidige 2B-team zeker niet meer het geval. Er wordt kort op de bal gespeeld. De houvast-begeleider en duo wisselen af, eventueel zelfs met een derde collega uit het team. We werken met een Planbord waar de namen van de patiënten waar we ons zorgen over maken op vermeld staan, evenals de reden van vermelding op het bord en het plan van aanpak. Er staan, van de 100 patiënten, ongeveer een 20-tal

personen op dat planbord. Patiënten die recent geïncludeerd zijn, worden overigens standaard een drietal weken op het Planbord vermeld zodat iedereen van het team weet wat we aan het doen zijn en waarop we moeten letten. Dit werkt zeer goed en we zijn hier heel tevreden over! Indien er bv. een telefonische vraag van een huisarts binnenkomt over iemand die op het Planbord staat, kan elk teamlid hierop antwoorden. Dit is niet enkel de verantwoordelijkheid van de houvast-begeleider meer, maar van het team. Dit is echt een meerwaarde. Aangezien we opname-vermijdend willen werken, kan het zijn dat we soms, tot zelfs een aantal weken, dagelijks bij een patiënt langsgaan. We kijken steeds welke hulpverlening de afgelopen weken is aangeboden (bv. F2A) om de kloof met de vroegere zorg zo klein mogelijk te houden.

Overspil: *En welke rol neemt de psychiater bij jullie op?*

Eddy: Onze psychiater (dr. Nele Delahaye) is op maandag, woensdag

en vrijdagsochtend aanwezig bij de Planbordbespreking, op dinsdagmiddag aanwezig op de teamvergadering waar patiënten geïncludeerd worden. Ze is ook al op huisbezoek geweest. Zij is 6u per week beschikbaar voor het team. De bedoeling is dat we, als er geen psychiater meer betrokken is bij de zorg rond de patiënt, we terug op zoek gaan naar een psychiater naar keuze van de patiënt. Het is niet de bedoeling dat we het overnemen van de reeds bestaande hulpverlening, maar net dat we tijdelijk aanvullend en samen zorg aanbieden.

Dette: Onze psychiater is wekelijks 12u beschikbaar voor ons team en is steeds ‘s ochtends aanwezig.

Overspil: *Is er ook een psycholoog aanwezig in het 2B-team?*

Eddy: Ja, indien er facetten aanwezig zijn die behandeling noodzakelijk maken, neemt de psycholoog dit op. Vroeger was dit anders binnen de PZT-werking aangezien we hier dan gingen doorverwijzen naar een CGG,

privé-therapeut, Met het 2B-team bieden we een soort van totaalpakket aan integrale behandeling/begeleiding aan. Vanuit de teambesprekingen of intervisies rond patiënten met de houvast-begeleider wordt de psycholoog ingeschakeld of geeft zij raad en advies naar therapeutische interventies. Dit werkt goed. Daarnaast hebben de meeste teamleden ook heel wat ervaring in het werken in een therapeutisch milieu, vooral gedrags-therapeutisch, maar ook vertrekkend vanuit het systeem, zowel observerend als actief.

Overspil: *Hoe belangrijk is de draagkracht van de omgeving bij de inschatting tot inclusie?*

Eddy: Niet alleen de draagkracht van het sociaal netwerk, maar ook van het professioneel netwerk is belangrijk. We krijgen veel vragen van sociaal werkers, begeleiders, ... uit andere zorgorganisaties met de boodschap “Wij stoppen hiermee. Wij zien dit niet meer zitten. Wij vragen ondersteuning en help ons eens!”. Vaak gaat



Wat kan een overlegplatform betekenen voor “Artikel 107”?

het immers om moeilijke mensen met gedragsproblemen. En dan is natuurlijk de vraag wat centraal staat: coaching, ondersteuning van het professionele netwerk of de zorg aan de patiënt zelf.

Overspil: *Zijn er alle casussen geweest waarin het fout gelopen is?*

Eddy: Onze ervaring is dat de mobiele teams maar goed kunnen functioneren als de mogelijkheid bestaat om patiënten op zeer korte termijn binnen de regio intramuraal te laten opnemen in een ziekenhuis. Je moet, als je merkt dat het echt niet gaat, steeds residentiële back-up in de vorm van een bed-op-recept of een crisisbed hebben. En tot nu toe loopt dit zeer goed...

Dette: Daar beschikken wij jammer genoeg niet over. Maar we hebben al wel mensen laten opnemen via Asster of een PAAZ-afdeling indien de betreffende persoon nog nooit opgenomen geweest. Uitgangspunt is hier getrapte zorg en stigmatisering tegengaan.

Eddy: We hebben bv. al meege-maakt dat er zich een crisis in het netwerk, in de omgeving rond de patiënt, voordeed, terwijl er geen indicatie was om de patiënt zelf te laten opnemen. In deze casus hebben we doorverwezen naar een “respijthuis”; een appartement van Beschut Wonen (Bewust) wat op dat moment niet bewoond was. En daar heeft deze persoon een aantal weken verbleven totdat de situatie thuis gestabiliseerd was.

Overspil: *En wat is nu eigenlijk het verschil tussen Beschut Wonen en het aanbod vanuit 2B-team?*

Eddy: We hebben een beperkt aantal personen vanuit Beschut Wonen opgenomen in het 2B-team. Er is reeds heel wat over overlegd, zowel op beleid- als op casusniveau. Eigenlijk zijn vooral deze personen doorgestroomd waarbij de woonbegeleiding geen item meer is en waarbij de patiënten het gevoel hebben klaar te

zijn om individueel te gaan wonen, bv. in een sociale woning. Het “loslaten van” patiënten blijkt geen evidentie. Maar er is voldoende openheid en transparantie hieromtrent!

Dette: Zo moet er ook dringend afgestemd worden met de CGG. Zij melden immers regelmatig cliënten aan, zowel aan het 2A-team als het 2B-team. Ook zij zullen hopelijk op termijn het aanbod aanpassen aan de noden van de cliënt. Het heeft geen zin om vanuit 2A-team een viertal weken zeer intensief te werken met iemand om een opname te voorkomen, als deze persoon nadien slechts éénmaal per maand terecht kan op het CGG. Hierdoor is de kans op herval en uiteindelijk toch nog een opname immers groot. Ook de lange wachtlijsten en de overbrugging tot behandeling in een CGG speelt ons parten. Alhoewel we echt bereid zijn om aan tussenoplossingen te werken, bv. door coaching te voorzien voor OCMW-medewerkers die dan tijdelijk even overnemen. Maar dit is nog een moeilijke oefening.

Overspil: *Hebben jullie nog iets toe te voegen dat nog niet aan bod is gekomen?*

Eddy: Ja... Het projectwerken, het samen aan iets nieuws bouwen is zeer plezierig en leerrijk, maar de keerzijde is dat verwijzers nu precies het gevoel krijgen dat er (eindelijk) iets nieuws is dat al de problemen die er zijn gaat oplossen. En dat is natuurlijk een verkeerde verwachting die we niet moeten fnuiken, maar wel moeten duiden. We gaan immers echt niet alles kunnen oplossen. Men verwacht ontzettend veel van ons, terwijl wij ook maar één mobiel team zijn...

Dette: En de frustratie wordt dan bij ons gelegd, zoals bv. een huisarts die zei: “Jamaar, als je niet dadelijk kunt komen, doe ik geen beroep niet meer op jullie!” We leren dus heel diplomatisch te zijn, zeker in die situaties met veel onmacht en frustraties. Maar het is ontzettend boeiend. ■■■

SPIL wenst te anticiperen op de recente uitbouw van de regionale GGZ-netwerken Reling en Noolim. SPIL is daarom sinds kort paritair samengesteld vanuit de twee netwerken. Beide netwerken krijgen hierdoor een provinciaal overlegforum om informatie uit te wisselen, ontwikkelingen op elkaar af te stemmen (o.a. inzake projecten 107), nieuwe beleidsopties te nemen en afspraken te maken m.b.t. netwerkgrenzen.

Een overlegplatform faciliteert en ondersteunt niet alleen de twee netwerken afzonderlijk maar ook de samenwerking tussen de twee netwerken. Samenwerking realiseren tussen de netwerken is een gedeelde opdracht van de netwerken en van het overlegplatform. SPIL wil het proces van convergentie tussen de netwerken faciliteren, zonder de specificiteit en autonomie te ondermijnen. Samen met de netwerken wordt nagegaan welke zorgcircuits het best provinciaal worden aangestuurd. SPIL ondersteunt het gebruik van een gemeenschappelijke taal en waar mogelijk een gemeenschappelijke communicatie voor de twee netwerken.

SPIL kan een rol spelen bij de uitbouw van functie 1A. Zowel Noolim als Reling hebben de opdracht om activiteiten inzake preventie en promotie van GGZ, vroegdetectie, screening, en diagnosestelling uit te werken binnen artikel 107. Het eerste luik van deze functie preventie en promotie GGZ wordt momenteel gefragmenteerd

uitgevoerd door verschillende partners binnen de netwerken. Er zijn organisaties die een specifiek aanbod hebben o.a. CADLimburg vzw, LOGO, de mutualiteiten, Similes, de CGG's. Daarnaast bestaan er zowel regionaal als nationaal diverse projecten zoals het suïcidepreventieproject, KOPP-OP, Fit in je Hoofd, Het is aangewezen om een platform ‘preventie en promotie GGZ’ op te starten. Dit platform kan visie ontwikkelen, zoeken naar afstemming en vernieuwende projecten inzake preventie en promotie voorstellen.

Reling en Noolim kunnen de functies binnen artikel 107 niet gelijktijdig realiseren. De focus ligt bij de twee netwerken in eerste instantie op functie 2. Daarom is besloten dat de uitbouw van preventie en promotie GGZ binnen “Functie 1” voor Noolim en Reling provinciaal ondersteund wordt door SPIL, steeds in afstemming met het Vlaamse beleid. De provincie wil dit graag ondersteunen en is bereid om extra middelen in te zetten.

De ultieme doelstelling inzake functie 1A is om een coherente, transparante, preventieve geestelijke gezondheidszorg uit te bouwen in Limburg, gebaseerd op evidence-based praktijkvoorbeelden.

In eerste instantie willen we een ‘Limburgs platform preventie en promotie GGZ’ oprichten. Alle partners die actief zijn in de preventie en promotie geestelijke gezondheid o.a. de LOGO'S, de Dienst Preventieve Gezondheid, KOPP-OP, Suïcidepreventie, alcohol- en drugpreventie, ... worden betrokken. Dit platform staat in voor het inventariseren, coördineren en afstemmen van de bestaande preventie en promotie. Daarnaast wordt binnen dit platform nagegaan welke

lacunes er zijn binnen preventie en promotie en worden er van daaruit Limburgse projecten/samenwerkingsverbanden geïnitieerd.

We zullen alle actoren en projecten die zich in Limburg toeleggen op preventieve GGZ in kaart brengen. Daarna zullen we het aanbod van deze actoren en projecten inventariseren en opvolgen. We willen de ontwikkelingen op alle beleidsniveau's inzake preventieve GGZ opvolgen en een literatuurstudie uitvoeren, zowel naar inhoud als methodiek, met als doelstelling de uitbouw van een evidence-based preventieve GGZ. Op basis van analyse kunnen er leemten en hiaten opgespoord worden om van daaruit projecten te initiëren en samenwerkingsverbanden op te zetten.

Een overlegplatform kan in het kader van artikel 107 nog andere taken opnemen.

SPIL kan op vraag van Noolim en Reling structureel, overkoepelend overleg met de belendende sectoren met het oog op procedures, protocollen, praktische afspraken, ... organiseren. Hiertoe worden de nodige werkgroepen met huisartsen, gezinszorg, thuisverpleging, CAW, VAPH, ... opgestart. Een provinciale aanpak voorkomt dubbel en parallel overleg, verhoogt de efficiëntie en de transparantie. Tevens kan SPIL als aanspreekpunt voor de belendende sectoren fungeren en via gepaste (overleg) kanalen vragen, bedenkingen, klachten, ... vanuit de belendende sectoren m.b.t. Reling en/of Noolim signaleren en opvolgen. Ook kan SPIL structurele overlegmomenten tussen Reling en Noolim met het oog op inhoudelijke afstemming over de vijf functies organiseren. Naast de afstemming, de uitwisseling van expertise, ervaringen, ... kunnen er afspraken gemaakt over de

netwerkgrenzen heen. Hierbij zal het ook nodig zijn dat SPIL hiaten en leemten ivm de uitbouw van de vijf functies signaleert.

Tot slot kan SPIL voortbouwend op de expertise binnen Research Project Limburg en de samenwerking SPIL – U Hasselt via overleg voor maximale afstemming en integratie van onderzoek en registratie van Noolim en Reling zorgen. Enerzijds kan men de registratiegegevens van de projecten “Artikel 107” Noolim en Reling opvolgen en centraliseren. Anderzijds kan men voor de ontwikkeling van provinciale onderzoeksprojecten GGZ overleg organiseren met Noolim en Reling.

Of SPIL deze taken zal opnemen wordt momenteel besproken door Reling en Noolim. Op basis hiervan zal de Raad van Bestuur een beslissing nemen.

Miet Smeets



Familieplatform Geestelijke Gezondheid

What's in a name?

Het Familieplatform Geestelijke Gezondheid vzw is een recent opgericht samenwerkingsverband van acht familieorganisaties die actief zijn in het domein van de geestelijke gezondheid.

De Alzheimerliga, AN-BN, Centrum Zit Stil, de Huntingtonliga, Similes, Ups & Downs, Vlaamse Vereniging Autisme en Werkgroep Verder hebben elkaar gevonden in een gemeenschappelijk project: het behartigen van de belangen van families van personen met psychische noden.

Het Familieplatform bundelt en versterkt dus de impact van haar acht ledenorganisaties om zo samen met de families te werken aan een gezinsvriendelijke geestelijke gezondheidszorg.

De Vlaamse overheid steunt deze ontwikkelingen volop.

Minister Vandeuren heeft dan ook de nodige middelen vrijgemaakt voor de realisatie van dit Familieplatform.

De opdracht van het Familieplatform

Het Familieplatform vertolkt standpunten en kaart noden aan vanuit het familieperspectief, vertrekkende vanuit de kennis en kracht die bij families aanwezig zijn. We spreken hier wel degelijk over familie in de brede zin van het woord: familieleden en naastbetrokkenen van een persoon met een psychische nood. Dus ieder die zich persoonlijk betrokken voelt op de persoon met psychische nood, familieleden en partners in het bijzonder, maar ook goede vrienden, collega's of burens, al dan niet in de hoedanigheid van mantelzorger.

Het familieplatform wil de belangen van families behartigen door:

- het aanbieden van vorming en coaching aan ervaringsdeskundige familieleden om te kunnen vertegenwoordigen
- het creëren van een uitwisselingsplatform voor onze lidorganisaties
- het verschaffen van informatie en advies aan organisaties en beleidsmakers
- te sensibiliseren rond dit thema.

De geestelijke gezondheidszorg is volop in beweging en de komende tien jaar wordt de overschakeling van een residentiële psychiatrie naar een meer gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidszorg gerealiseerd. De impact van deze en andere hervormingen op families is groot, en daarom moeten hun belangen met kracht verdedigd worden. Families moeten de inspraak en participatie krijgen, op alle niveaus, die nodig zijn om de informele zorg in deze veeleisende samenleving waar te maken. De ervaringsdeskundigheid

van families maakt hen een bondgenoot van de formele zorg. Naast patiëntenparticipatie in bijvoorbeeld de vernieuwing van de zorg binnen de netwerken psy 107 is ook familieparticipatie van belang om kwaliteitsvolle en gezinsvriendelijke zorg te realiseren.

Het Familieplatform in werking...

Een van de kernopdrachten voor het Familieplatform is de participatie van families op alle niveaus te verhogen en verbeteren. Deze opdracht hoort toe aan het Participatiecentrum van het Familieplatform. Iedere provincie (inclusief Brussel) heeft een provinciaal aanspreekpunt: de projectmedewerker participatie. Zij nemen rekrutering, opleiding, vorming en coaching van de familievertegenwoordigers voor hun rekening. Naast het participatiecentrum beschikt het Familieplatform ook over een Kenniscentrum met als opdracht standpunten rond gedeelde belangen van families voor te bereiden ten aanzien van overheid, politiek, middenveld, zorgverstrekkers, samenleving en andere stakeholders die van belang zijn. Het kenniscentrum werkt rond belangenbehartigingsthema's die gemeenschappelijk zijn aan de verschillende ledenorganisaties en die de eerder problematiekgebonden werking van elke lidorganisatie overstijgen.

Verder is er ook een Themagerichte werking gericht op inhoudelijke verdieping en het opzetten van concrete initiatieven. In 2012 wordt er gewerkt rond kinderen van een ouder met een psychische problematiek (KOPP en KOAP) en op het verspreiden van een zelf ontwikkeld preventiemodel vanuit KOPP-Vlaanderen.

Campagne: Geef families een stem!

Het vinden van familievertegenwoordigers is geen gemakkelijke opgave, vandaar dat het Familieplatform in 2012 sterk inzet op de zoektocht naar vrijwilligers die én familie of naastbetrokkene zijn van een persoon met een psychische nood én ervaringsdeskundig zijn of willen worden én de rol van vertegenwoordiger willen opnemen. Het Familieplatform biedt opleiding en coaching aan deze nieuwe familievertegenwoordigers en zoekt mee uit op welke plaatsen familievertegenwoordiging gewenst en/of gevraagd is.

Zeker in de provincie Limburg is er een sterk tekort aan familievertegenwoordigers. Hierbij dan ook een warme oproep om deze campagne bekend te maken binnen de sector in al haar geledingen en ver daarbuiten. Kandidaat vertegenwoordigers kunnen zich steeds kenbaar maken.

Voor meer informatie surf naar www.familieplatform.be

Met al uw vragen over het Familieplatform kan u terecht op: info@familieplatform.be of 016/ 65 65 60.



Outreaching kinderen en jongeren in Limburg!?

Outreaching is hot! Deze zorgvorm treedt steeds meer op de voorgrond, maar blijkt in de praktijk meerdere ladingen te dekken. De taalgids 'Thesaurus Zorg en welzijn' definieert Outreaching als volgt: "als beroepsbeoefenaar actief naar buiten treden om contact te leggen met potentiële cliënten". De term "Outreaching" duidt bijgevolg voornamelijk op de wijze waarop zorg wordt aangeboden, nl. vanuit een actieve houding zelf stappen zetten om iemand te bereiken.

In Limburg zijn er, alleen al voor de doelgroep 'kinderen en jongeren' drie outreachingsprojecten uitgebouwd waartussen zowel inhoudelijk als organisatorisch accentverschillen zijn. Hieruit blijkt dat bovenstaande definitie in de praktijk soms anders geïnterpreteerd en ingevuld wordt. In dit artikel lichten we deze projecten toe en trachten we a.d.h.v. een casus de verschillende invalshoeken, doelgroepen, ... te duiden. Tot slot werpen we ook een blik op de toekomst.

"Outreaching Limburg"

Vanuit de samenwerking tussen het Kinderpsychiatrisch Centrum Genk (KPC), het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG/LITP), de Dienst Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (DAGG) en PZ Sancta Maria (ondertussen Asster) werd in de loop van 2003 het project "Outreaching Limburg" opgestart. Dit pilootproject wordt vanuit FOD Volksgezondheid gefinancierd en ontvangt 145.000€ op jaarbasis. Naast 0,25 VTE psychiater bestaat het team uit 1 VTE psycholoog en 1 VTE verpleegkundige (tewerkgesteld vanuit KPC, CGG/LITP en DAGG).

Stef, een vijfjarige jongen, wordt door het CLB, in overleg met de ouders, op 24 oktober 2011 aangemeld op de polikliniek van KPC. Er is veel ongerustheid over het functioneren van Stef op school. Stef is erg druk, vertoont motorisch en verbaal veel onrust. Hij reageert impulsief en concentreert zich moeilijk. In zijn sociaal functioneren loopt hij vast. Hij kan zijn emoties moeilijk reguleren. Volgens de ouders loopt het thuis goed. Uit de gesprekken met de kinderpsychiater en de observaties op de

polikliniek wordt de ongerustheid voor de verdere ontwikkeling van Stef bevestigd. Men stelt een opname voor in de kleutergroep. Voor de ouders is dit momenteel geen optie en ze geven aan dat het praktisch niet haalbaar is. Aan Outreaching Limburg wordt gevraagd om de ouders te motiveren voor een opname en in tussentijd de praktische bezwaren te exploreren. Daarnaast zal de thuisbegeleider van het outreachingsproject Stef in de thuissituatie observeren om zo een duidelijker beeld te krijgen van de ongerustheden.

Na verschillende huisbezoeken wordt er geopteerd om te starten met klasobservaties. De thuisbegeleider van Outreaching Limburg observeert Stef tweemaal tijdens een voormiddag in zijn klas. Hierdoor kan de thuisbegeleider concreter spreken over het functioneren van Stef met de ouders en lukte het voor de ouders makkelijker om ook te kijken naar het gedrag van Stef in de thuissituatie. De thuisbegeleider benoemt dat Stef anders functioneert in vergelijking met zijn leeftijdsgenootjes. Hierdoor beginnen de ouders de bezorgdheden van de school en KPC te delen. Ook lukt het hen om aan te geven dat hij thuis ook erg druk kan zijn en zijn interne onrust merkbaar is. De thuisbegeleider van Outreaching bespreekt met de ouders een opname. De ouders staan open voor een dagopname. Een volledige opname zien ze niet zitten. Voor het praktische probleem rond vervoer wordt de minder mobiele centrale ingeschakeld. Op 5 december 2011 start Stef met de dagopnames op KPC. De opdracht van Outreaching is geslaagd.

Na een opname van zes weken wordt begin februari 2012 aan Outreaching Limburg de vraag gesteld om terug in te stappen in het gezin. Enerzijds om de ouders te ondersteunen in de verwerking van de diagnose van Stef en adviezen die werden gegeven door het multidisciplinair team mee vast te houden. Anderzijds om samen met het CLB een heroriëntering binnen het onderwijs te verwezenlijken. Samen met de ouders werd er voor de continuering van de zorg een privé kinderpsychiater ingeschakeld. De eerste stap naar de nieuwe school in september 2012 werd nog door Outreaching opgevolgd en na dit traject werd het dossier afgesloten.

De intrinsieke meerwaarde van huisbezoeken is een zeer belangrijke indicatie voor Outreaching Limburg. Outreaching Limburg werkt aanklappend naar cliënten die omwille van diverse redenen niet of moeilijk instromen in de reguliere werking van CGG of K-dienst. Outreaching Limburg faciliteert het eerste contact met GGZ en draagt bij tot het herstel van de behandelcontacten bij cliënten die afhaken of dreigen af te haken. Outreaching Limburg wil kortdurend, bemiddelend, ondersteunend en opnamevermijdend of -verkortend werken.

Voor meer info i.v.m. Outreaching Limburg: Anita Drees, KPC Genk – Schiepse Bos 8 – 3600 Genk – 089 32 53 53

Outreaching GGZ-MPI / Outreaching naar kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking en psychische en/of ernstige gedragsproblemen

Het Limburgs samenwerkingsverband kinder- en jeugdpsychiatrie startte medio 2011 met het project Outreaching GGZ-MPI, weliswaar vanuit een samenwerking met alle relevante VAPH-voorzieningen. Dit project werd vanuit de Provincie Limburg éénmalig gefinancierd en ontving 140.000€ voor anderhalf jaar. Ondertussen selecteerde de FOD Volksgezondheid het Limburgse project en voorziet een pilootprojectfinanciering van 115.000€ per jaar. De provinciale subsidies worden hierdoor vroegtijdig stopgezet. Het team bestaat uit 0,25 VTE psychiater 1 VTE master en 0,80 VTE bachelor (tewerkgesteld vanuit de vier K-diensten).

Joris wordt in augustus 2011 aangemeld vanuit het MPI, waar hij verblijft. Joris is een 15-jarige jongen met een complexe ontwikkelingsproblematiek. Naast een licht verstandelijke beperking, heeft hij een lichamelijke handicap en psychische problemen. Joris stelt ernstige gedragsproblemen in de leefgroep, gepaard gaande met verbale en fysieke agressie. De hulpvraag van medewerkers van het MPI naar Outreaching GGZ-MPI is pedagogische ondersteuning ter vermindering van de gedragsproblemen.*

Om een grondig persoonsbeeld te verkrijgen wordt een dossierstudie uitgevoerd, volgt een overleg met de betrokkenen van het MPI en wordt Joris door de outreacher meerdere malen geobserveerd in

zijn eigen leef- en leeromgeving. Vanuit zowel de ontwikkelingspsychologische, als kinderpsychiatrische bril wordt het functioneren van Joris in kaart gebracht op de verschillende domeinen, met schetsen van de bijhorende specifieke noden. Vervolgens bespreekt de outreacher de hypothesen betreffende het probleemgedrag op de teamvergadering met de verschillende betrokkenen van het MPI en de school. Onder meer aan de hand van een grondige analyse van het ontwikkelingsniveau wordt er gereflekt over een passende orthopedagogische aanpak en hoe deze kan worden geconcretiseerd. De outreacher biedt ondersteuning op volgende teamvergaderingen, waarbij de concrete handelingsplannen om probleemgedrag te vermijden en aan te pakken verder worden uitgewerkt en geëvalueerd. Het vasthouden aan het ontwikkelingspsychologische en kinderpsychiatrische kader helpt om de verwachtingen ten aanzien van Joris bij te schaven. Zo wordt het namelijk duidelijk dat Joris overvraagd wordt op meerdere ontwikkelingsdomeinen en dat hij nood heeft aan een meer ondersteunende omgeving. Joris kan bijvoorbeeld zijn vrije tijd moeilijk alleen invullen. Hij heeft nood aan ondersteuning bij de keuze van activiteiten. En in de omgang met andere jongeren heeft hij meer externe begrenzing door derden. Het geschetste persoonsbeeld (sterkte/zwakte-analyse) wordt als verhelderend ervaren en er wordt aan de slag gegaan met aange-reikte adviezen. Stilaan wordt duidelijk dat Joris baat zou hebben bij een residentiële kinderpsychiatrische behandeling, o.a. voor het op punt stellen van de medicatie.



Wanneer de opname op de K-dienst wordt gerealiseerd, wordt er meteen aan de slag gegaan met Joris, wiens persoonsbeeld door de outreacher van meet af aan kan worden ingebracht. Nadien houdt de outreacher de behandel- en pedagogische adviezen vanuit de opname mee vast naar MPI-medewerkers toe. Ook zorgt de kennis van de werking van het MPI van de outreacher ervoor dat adviezen sneller en beter afgestemd kunnen worden op de mogelijkheden/beperkingen van het MPI.

Inschakeling van outreaching voor en na een residentiële opname maakt dus enerzijds dat er tijdens de opname efficiënter kan gewerkt worden, waardoor de opnameduur verkort. Anderzijds kan de overgang van de K-dienst naar het MPI meer gestroomlijnd en op maat van de jongere verlopen.

Door de vraaggestuurde werking kan men via outreaching flexibel inspelen op de noden van de MPI's en voorzieningen GGZ. Het bieden van reflectieruimte blijkt hierbij een belangrijke kracht van deze methodiek. Daarnaast vergroot men de draagkracht van het team via erkenning en ondersteuning en het meedragen van de lasten die de begeleiding van kinderen en jongeren met een dubbeldiagnose met zich meebrengt. Naar advies en coaching toe, waardeert men de kinderpsychiatrische en ontwikkelingspsychologische kennis die vanuit de K-diensten geboden kan worden. Bij de ondersteuning aan de teams biedt de neutrale positie van de outreacher een aantal voordelen omdat dit een open kijk naar de teamwerking en casus mogelijk maakt. Doordat er vanuit outreaching verschillende instanties betrokken kunnen worden (cf. scholen, CBJ), komt de focus meer te liggen op samenwerking en netwerking. Ook dit is zeker bevorderend voor het uiteindelijke doel, met name kinderen en jongeren met een dubbeldiagnose zoveel mogelijk ondersteunen in hun eigen leefomgeving.

Voor meer info i.v.m. Outreaching naar kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking en psychische en/of ernstige gedragsproblemen:
Suzanne Verkerk (MC Sint-Jozef – Kinder- en jeugdpsychiatrische dienst – Abdijstraat 2 – 3740 Bilzen – 089 50 91 87 – 0483 22 95 33)

Justitiële Outreaching / Outreachende werking verbonden aan justitiële crisiswerking vanuit Asster en MC Sint-Jozef voor jongeren (12-18j) met een jeugdrechtbankdossier (MOF/POS/GO)

Kaderend binnen een B4-overeenkomst tussen Asster en de federale overheid 'betreffende de uitbouw van een gedeelte van het zorgtraject voor justitiële jongeren met een psychiatrische problematiek' ontvangt Asster jaarlijks 177.000€ voor de organisatie van Justitiële Outreaching. Naast deze Outreaching voorziet de overeenkomst in middelen voor de realisatie van een Intensieve Behandeleenheid (8 bedden - Asster), Crisisbedden (3 Asster en 2 MC Sint-Jozef), een brugfunctie Justitie-GGZ en een Therapeutisch Project, weliswaar steeds voor jongeren (12-18j.) met een jeugdrechtbankdossier. Deze Outreachingsvorm is momenteel verbonden aan de justitiële crisisbedden en bestaat in zijn totaliteit uit 10u psychiater, 1,5VTE master en 0,5VTE bachelor.

Martin, 15 jaar, staat sinds geruime tijd onder toezicht van de Jeugdrechtbank. Twee weken geleden werd hij aangemeld voor een crisisopname. Aanleiding hiervoor waren de enorme conflicten thuis sinds jaar en dag, de ontvluchtingen en – vlak voor de crisisopname – een suïcidepoging. Vandaag wordt deze crisisopname afgerond met een adviesgesprek. Martin, zijn moeder en stiefvader en de consulent van de jeugdrechtbank krijgen te horen dat hij lijdt*

aan een post-traumatische stressstoornis (PTSS). Er wordt een ambulante therapie geadviseerd, maar – zo vertelt de kinderpsychiater – mogelijk zal dit onvoldoende zijn en is er een langere behandelopname nodig. Op het adviesgesprek besluit de consulente dat ze op zoek gaat naar een begeleidingstehuis binnen de Bijzondere Jeugdzorg. De thuissituatie is voor Martin te onstabiel en houdt te veel risico's in. We bieden aan om met outreaching deze leefgroep te ondersteunen.

Twee weken later kan Martin starten in een leefgroep regio Hasselt. De coördinator van de groep wil graag ingaan op het aanbod van outreaching en nodigt hem uit op een teamvergadering. Op deze en enkele volgende bijeenkomsten vertelt de outreacher hoe hij Martin heeft leren kennen, wat er geadviseerd werd en geeft hij uitleg over PTSS. In het bijzonder staat de outreacher stil bij wat dit net voor Martin betekent. Het team krijgt de nodige handvatten om Martins psychiatrische problematiek te begrijpen en er op in te spelen. Drie maanden na de start in de leefgroep blijkt het niet goed te gaan met Martin. Hij denkt terug aan suïcide en zijn prikkelbare houding zorgt voor een toename aan spanning en agressie binnen de leefgroep. Toch wilt Martin liever geen nieuwe opname. De begeleiding van de leefgroep wilt echter geen risico's nemen en vraagt de outreacher om mee te denken. In overleg met het team, de consulente en Martin worden transparante afspraken opgesteld. Bij een volgend agressie-incident wordt opnieuw een crisisopname aangevraagd en de kinderpsychiater schat wekelijks het risico op suïcidaliteit in. Nogmaals twee maanden later blijkt dat Martin (voorlopig) geen nieuwe (crisis)opname nodig heeft...

Waar in de crisisopnames gepoogd wordt om een gepast hulpverlenings-traject uit te stippelen, staat binnen Outreaching het bewaken, begeleiden en "bijschaven" van het uitgestippelde traject centraal. Outreaching functioneert dan ook gescheiden van, maar wel structureel gekoppeld aan deze justitiële crisisbedden. Afhankelijk van het specifiek uitgestippeld hulpverleningstraject werkt outreaching opnamevermijndend dan wel (crisis) opnamefaciliterend.

Voor meer info i.v.m. Justitiële Outreaching verbonden aan justitiële crisiswerking vanuit Asster en MC Sint-Jozef voor jongeren (12-18j) met een jeugdrechtbankdossier (MOF/POS/GO):
Pascale Lambrichts (Asster – Dienst Kinder- en jeugdpsychiatrie – Campus Melveren – Melveren-Centrum 111 – 3800 Sint-Truiden – 089 50 91 11)

Er zijn heel wat gelijkenissen, maar ook duidelijke verschillen naar doelgroep, aanpak, doelstellingen, ... tussen de drie outreachingsprojecten. Op geregelde tijdstippen worden afstemmingsoverleggen tussen de projecten georganiseerd. Het Limburgs Samenwerkingsverband kinder- en jeugdpsychiatrie vindt het fundamenteel dat er maximaal samengewerkt en 'genetwerkt' wordt. Daarnaast wordt er een structureel overleg opgestart om de toekomstige organisatie en inhoud van "Outreaching GGZ kinderen en jongeren Limburg" te bekijken om vanuit overleg een langetermijnvisie en –organisatie te bepalen.



*Namen, data en andere elementen die zouden kunnen leiden tot herkenning werden in deze casus aangepast.

Missie, Visie en Basiswaarden van SPIL

Graag willen wij de missie, visie en basiswaarden van SPIL voorstellen.

Zij werden goedgekeurd tijdens de Comitévergadering van 20 december 2011.

MISSIE Overlegplatform GGZ SPIL - Waar staan we voor?

In uitvoering van de wettelijke opdrachten bevordert het Overlegplatform GGZ SPIL via ondersteuning en coördinatie van overleg en samenwerking een proactieve, professionele / evidence based, ethische verantwoorde, continue, geïntegreerde, behoeftegerichte GGZ in Limburg.

Vanuit de ombudsfunctie beoogt het Overlegplatform GGZ SPIL de toepassing van de wet op de patiëntenrechten in alle Limburgse GGZ-voorzieningen.

VISIE Overlegplatform GGZ SPIL - Waar willen we naartoe?

- Realisatie van / streven naar een slagkrachtig, samenwerkingsgeoriënteerde GGZ met alle actoren actief binnen het terrein van de geestelijke gezondheidszorg in Limburg.
- Organisatie van een GGZ-aanspreekpunt voor belendende sectoren.
- Provinciale afstemming van regionale ontwikkelingen.
- Uitbouw van een zorgcircuit van continue, geïntegreerde en behoeftegerichte GGZ rond specifieke doelgroepen die provinciaal georganiseerd zijn.
- De ombudsfunctie biedt de patiënt in de GGZ een laagdrempelig en toegankelijk aanspreekpunt aan aangaande de toepassing van zijn rechten als patiënt. Hier kan de patiënt in vertrouwen terecht met zijn vragen en problemen.
- Informatie over en anticipatie op actuele ontwikkelingen, nieuwe thema's, tendensen, projecten, regelgeving, ...
- Organisaties, sectoren, relevante overheden inspireren vanuit good practices en signaleren van leemtes, hiaten, knelpunten, ...

BASISWAARDEN Overlegplatform GGZ SPIL - Wat typeert ons?

- SPIL heeft respect, waardering en erkenning voor de eigenheid en autonomie van elke cliënt, hulpverlener en voorziening.
- SPIL is in al haar contacten, zowel formeel als informeel, zowel intern als extern, eerlijk en oprecht en gaat steeds vertrouwelijk om met de inhoud van deze contacten.
- SPIL staat open voor nieuwe uitdagingen, ontwikkelingen, thema's, ... en is steeds bereid om hierop te anticiperen als er een draagvlak voor bestaat.
- SPIL is betrokken op en voelt zich mede verantwoordelijk voor de geestelijke gezondheidszorg en dit op alle niveaus, zowel de cliënten, de GGZ-aanbieders als de samenleving.
- SPIL vertrekt steeds vanuit pragmatiek en eenvoud.
- SPIL is positief, optimistisch en opbouwend.



