

Informatieblad van het overlegplatform 'Samenwerking Psychiatrische Initiatieven Limburg'



overspoil

jaargang 20 • nummer 42 • december 2013



Editoriaal	2
Ik ben Luc Van Gorp. Interview met de SPIL-voorzitter	4
Overlegplatforms in de toekomst?!	8
"Net" gewerkt rond preventie, promotie en beeldvorming GGZ	10
Reling	12
Noolim	14
Een dag uit het leven van het Mobiel Crisiteam Noolim	16
'Gedwongen opname: ingrijpen of begrijpen?'	18
(S)experimenteren met grenzen. Seksueel grensoverschrijdend gedrag bij jongeren in beeld gebracht	21
En de samenwerking rond 'Personen met verstandelijke beperking en psychische stoornis en/of ernstige gedragsproblemen?'	24
Schakelteam 'voor geïnterneerden' als brug tussen justitie en zorg	26

Colofon

Jaarlijks tijdschrift
Jaargang 20
Nummer 42, december 2013

Foto cover:
Robin Reynders, Provincie Limburg

Verantwoordelijke uitgever:
SPIL vzw
Secretariaat Overspil
Universiteitslaan 1, 3500 Hasselt

Kernredactie:
Bert Plessers, Marjet Vanderstraeten,
Miet Smeets, Veerle Umans, Ingrid Meuwis,
Marlies Thonnon, Luc Van Gorp

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

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

De sector in beweging

Jaak Ponzelet



In onze samenleving, en vooral in de bedrijfswereld, hebben zich een aantal veranderingen voorgedaan die wij ook terugvinden in de geestelijke gezondheidszorg, zij het met enige vertraging. Zeer algemeen kunnen wij stellen dat in de jaren '60 steeds meer bedrijven de nadruk legden op doelmatigheid, terwijl in de jaren '70 kwaliteit veel meer aandacht kreeg. In de jaren '80 kwam er het element "flexibiliteit" bij en in de jaren '90 innovatie. Vanaf 2000 lag de focus meer op service, duurzaamheid en samenwerking. Deze maatschappelijke trends vonden hun weerspiegeling in de (organisatie van de) geestelijke gezondheidszorg. De aandacht voor kwaliteit bv. uitte zich in de registratie van gegevens (bv. MPG) en het meten van resultaten (outcomemanagement). Innovatie leidde tot een aantal vernieuwingsprojecten (bv. PZT, onslagmanagement, therapeutische projecten) en service tot meer vraaggericht werken ("niet de voorziening, maar de patiënt en zijn noden moeten als uitgangspunt van zorg gehanteerd worden"). Samenwerking kreeg zijn vertaling in zorgcircuits en netwerken. Niet alleen algemeen maatschappelijke trends hebben een impact gehad op de GGZ-zorgcontext, maar ook een aantal zorg- en welzijnspecifieke evoluties. Wij denken onder meer aan de betrokkenheid van de patiënt en

zijn omgeving bij de zorg, de verhoogde aandacht voor meer gemeenschapsgerichte zorg en de aandacht voor differentiatie en specialisatie.

Al deze evoluties hebben uiteindelijk geleid tot een gewijzigde GGZ-context, waar wij volgende vijf aandachtsgebieden in kunnen herkennen:

- 1. Aandacht voor zorgcircuits en netwerken.** De zorg wordt ingebed in een zorgcircuit, waarbij partners in de zorg afspraken maken over het aanbod van modules in functies van de zorgvraag en -noden van de patiënt. Zorgaanbieders pogen te komen tot geïntegreerde en integrale zorg en streven ernaar de zorg zo naadloos mogelijk op elkaar af te stemmen (continuïteit van zorg).
- 2. Aandacht voor de betrokkenheid van de patiënt en zijn omgeving.** De patiënt wordt actief betrokken bij het begeleiding- en behandelproces. Ook in het beleid krijgt hij een stem. Waar mogelijk kan hij fungeren als ervaringsdeskundige. Ook de familie en mantelzorgers krijgen extra aandacht, onder meer omdat het ziek zijn een grote impact heeft op het ganse gezinsstelsel. De omgeving vervult een belangrijke rol in het begeleiden en ondersteunen van de patiënt en

Limburg heeft de juiste ingesteldheid om de uitdagingen van morgen aan te gaan...

- 3. Aandacht voor getrapte zorg.** Preventie krijgt meer en meer aandacht. Niet iedereen met psychische zorgvragen heeft professionele hulp nodig. Gezinszorg, familiehelp, onderwijs, mantelzorgers, ... vervullen in de zorg voor de hulpvrager een belangrijke rol. Voor professionele hulp wordt in principe beroep gedaan op de eerste lijn (die vanuit de tweede en derde lijn kan ondersteund worden) en op de ambulante zorg. Indien dit niet mogelijk is, wordt zorg aan huis geboden. Residentiële zorg wordt aangeboden enkel als het moet en enkel zo lang als nodig.
 - 4. Aandacht voor vermaatschappelijking van zorg.** Wij pogen de patiënt zo lang mogelijk te begeleiden en te behandelen in zijn natuurlijke context. Waar nodig wordt de context / omgeving ondersteund en begeleid zodat de patiënt zo veel en zo lang mogelijk in en vanuit die context de zorg en behandeling krijgt aangeboden die hij nodig heeft. Veel aandacht wordt besteed aan arbeid en zinvolle vrijetijdsbesteding.
 - 5. Aandacht voor kwaliteit van zorg en evidence based handelen.** Wij streven naar zorg die wetenschappelijk onderbouwd is. De medische behandeling, de begeleiding door psychologen, paramedici en verpleegkundigen wordt op haar effectiviteit kritisch bekeken. Dat aanbod is vraaggericht en houdt rekening met de specificiteit en de uniciteit van de (hulp)vraag van de patiënt.
- Deze aandachtsgebieden hebben al geleid tot een aantal wijzigingen in de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg, een proces dat zeker nog niet voltooid is. Het GGZ landschap is nog steeds in beweging en volgende verschuivingen zijn zeker nog te verwachten:

- 1. Verschuiving naar meer extra- en transmurale zorg.** De artikel 107 projecten hebben geleid tot bevrozing van psychiatrische ziekenhuisbedden en tot de oprichting van mobiele teams. Ons basierend op beleidsnota's van overheden en op studies van o.m. B. Saraceno, de WGO, het federaal kenniscentrum en Itinera mogen wij een verdere afbouw van psychiatrische ziekenhuisbedden verwachten. De middelen zullen geheralloceerd worden om de ambulante en meer gemeenschapsgerichte zorg verder uit te bouwen.
- 2. Verschuiving naar meer (intersectorale) samenwerking, in het algemeen en binnen de GGZ in het bijzonder.** De zorg is nog te zeer versnipperd. Samenwerking en schaalvergroting zullen de efficiëntie en de effectiviteit van zorg doen toenemen. Het Cartesiaans denken heeft ervoor gezorgd dat de geestelijke gezondheid extra aandacht kreeg, maar heeft wellicht ook geleid tot een te sterk onderscheid tussen psychi(atr)ische en somatische zorg en het taboe t.a.v. de GGZ doen toenemen. De biopsychosociale benadering zal leiden tot een sterkere samenwerking met de somatische geneeskunde. Ook zal de samenwerking met "welzijn" verstevigd worden.
- 3. Verschuiving in het bestaand zorgaanbod.** Binnen zorgcircuits en netwerken zal het aanbod van modules kritisch geëvalueerd worden en waar nodig bijgestuurd. De sterker uitgebouwde gemeenschapsgerichte en ambulante zorg zullen het aanbod van zorg, begeleiding en behandeling heroriënteren, niet alleen ambulant, maar ook in het ziekenhuis en in de rehabilitatiecentra. Waar dan ook: het aanbod zal nog meer afgestemd worden op de specifieke noden van de zorgvrager. De patiënt

zelf en zijn omgeving worden sterk betrokken.

Deze bewegingen kunnen maar succesvol verlopen indien een aantal belangrijke voorwaarden zijn vervuld.

- 1. Voldoende middelen**
België is koploper m.b.t. het aantal psychiatrische ziekenhuisbedden, maar is (op Europees niveau) op vlak van financiële middelen een middenmoot. Ten opzichte van de somatische geneeskunde wordt de geestelijke gezondheidszorg stiefmoederlijk behandeld. De bewegingen zullen niet louter door herallocatie van psychiatrische ziekenhuisbedden kunnen gerealiseerd worden. Bijkomende middelen zijn vereist. Verouderde wettelijke bepalingen, normering en financieringsmechanismen moeten herbekend worden aangepast aan de gewijzigde GGZ-context.
- 2. Voldoende waardevolle alternatieven**
"Afbouw" is maar mogelijk indien er tijdig volwaardige alternatieven worden aangeboden. Ervaringen uit het buitenland tonen aan dat deinstitutionalisering zonder een goed uitgebouwde eerste lijn, zonder een professionele zorg aan huis en zonder een degelijk aanbod op vlak van wonen en activering leidt tot verarming, meer marginaliteit en tot slechtere levenskwaliteit. De veranderingen moeten dan ook geleidelijk aan gebeuren, goed voorbereid en degelijk onderbouwd.
- 3. Betrokkenheid van alle belangrijke actoren.**
In heel dit veranderingsproces zal de overheid in belangrijke mate faciliterend moeten optreden en de nodige klijntijnen dienen vast te leggen. Toch moet de sector zelf

- met zijn vele actoren en partners - zo veel als mogelijk de motor zijn naar de vernieuwde GGZ. Zij dient er over te waken dat de veranderingen niet leiden tot (nieuwe) hiaten van zorg, tot kwaliteitsverlies of breuklijnen. Processen moeten er toe bijdragen dat beleidsverantwoordelijken van voorzieningen zich mee eigenaar voelen van de gewijzigde geestelijke gezondheidszorg. Zij moeten zich sterk kunnen identificeren met het (breed gedragen) netwerk, even sterk als met de eigen voorziening.

In heel de veranderingsbeweging is ook de betrokkenheid van de artsen van cruciaal belang: zij bepalen in belangrijke mate het opname-, doorverwijs- en ontslagbeleid in tal van voorzieningen.

Er is al een lange weg afgelegd. De projecten artikel 107 zijn in belangrijke mate succesvol te noemen. De zorgvernieuwing is vrijwel naadloos gerealiseerd. Hoe dan ook: de veranderingen zijn door velen als ingrijpend ervaren: minder bedden, meer gemeenschapsgerichte zorg, nieuwe samengestelde teams, nieuwe gesprekspartners, samen zoeken naar nieuwe evenwichten. Het ziet er naar uit dat deze evolutie zich in sterke mate zal verder zetten. SPIL heeft in het veranderingsproces een zeer belangrijke en een zeer positieve bijdrage geleverd. Wij hopen dat het overlegplatform, dat straks onder de Vlaamse bevoegdheid valt, deze rol mag en kan blijven vervullen. Onze netwerken functioneren meer dan behoorlijk. Er is een positief klimaat van overleg en samenwerking ontstaan. Wij mogen fier zijn op wat wij samen al hebben gerealiseerd. Limburg heeft alvast de goede ingesteldheid om ook de uitdagingen van morgen aan te gaan. De patiënt, vooral hij, zal er wel mee varen. Dank aan allen die hieraan meewerkten en die ook straks alles in het werk stellen om de geestelijke gezondheidszorg verder professioneel uit te bouwen. Dank.



“Ik ben Luc Van Gorp.”



Op een zonnige dinsdagmiddag trok de Overspil-redactie naar Houthalen voor een interview met Luc Van Gorp, de nieuwe, voorzitter van SPIL.

We vroegen ons immers af wie Luc Van Gorp nu eigenlijk is, hoe hij naar SPIL kijkt en wat hij o.a. van de GGZ-sector vindt. Het resultaat was een boeiend en leerrijk gesprek...

Hallo Luc, kan je jezelf misschien even kort voorstellen?

Ik ben Luc Van Gorp. Ik ben verpleegkundige van opleiding. Ik ben altijd bekommerd geweest om mensen die zorgend nabij willen zijn of die op zoek waren zorg te verlenen. Het verdriet, pijn en lijden in de ogen van anderen intrigeerde mij al van jongsaf. Ik heb na mijn opleiding tot verpleegkundige nog filosofie en theologie gestudeerd. Filosofie om de vraag ‘wat is lijden?’ te kunnen stellen en theologie om antwoorden hierop te kunnen formuleren. Hier maakte ik mijn thesis rond. “Nietzsches ziekte als sleutel tot zijn wereldbeeld”. Lijden is leven en leven is lijden. Ik heb in deze zoektocht antwoorden

gekregen om op een andere manier in het leven te staan.

Ik heb tijdens mijn studie jarenlang gewerkt als verpleegkundige in verschillende Brusselse ziekenhuizen en woonzorgcentra tijdens “de nacht”. Daarna ben ik in het onderwijs beland. Eerst het HBO5, daarna het hoger onderwijs met de opleidingen verpleegkunde en vroedkunde. Omdat ik nood had aan voeling met het brede werkveld van zorg en welzijn, waar mensen in de zorg tewerkgesteld worden, heb ik mij in de sector geëngageerd als bestuurder. Vandaag ben ik o.a. bestuurder van een woonzorgcentrum en voorzitter van het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen. Altijd met dezelfde bedoeling:

Interview met de SPIL-voorzitter

“diegenen die je opleidt, dragen bij tot datgene wat we nodig hebben in de zorg”. Onderwijs en werkveld vormen in feite een onlosmakelijk geheel.

Wat was je eerste reactie toen men je vroeg voorzitter van Spil te worden?

Vertrouwen. Ik was heel verrast omdat GGZ niet echt de sector was die ik kende en beheerste. Ik heb altijd een zekere voorliefde gehad voor ouderenzorg. Verrast ook omdat ze bij mij terecht waren gekomen in hun zoektocht naar een onafhankelijk voorzitter. Ik dacht: ‘Ik ben dat niet. Ik ben verbonden in de zorg. Ik ben verbonden met onderwijs. ...’. Maar zij percipieerden ‘onafhankelijk’ vooral met ‘geen banden hebben met een GGZ-organisatie’. En ik was heel erg verrast toen het open gesprek plaatsvond, met zowel Jaak (Poncelet), John (Vanacker) als Miet (Smeets). Er waren ook andere kandidaten. Wat zoeken ze nu eigenlijk? Ik had niet door dat er op een bepaalde manier naar mij gekeken werd. Niet dat ik dat helemaal niet door had, maar het was een verrassing en een heel grote eer en verantwoordelijkheid wetende dat ik voor een grote uitdaging sta.

Je bent nog een heel nieuwe voorzitter waardoor je met een open blik naar SPIL kan kijken. Wat kenmerkt SPIL als organisatie voor jou?

Ongelofelijke gedreven mensen. Jullie zien elkaar graag en toch zijn jullie tegelijkertijd heel ernstig en professioneel. Een groep die vanuit “de kwinkslag” dingen doet bewegen. En dat meen ik. Misschien is de beheersbaarheid van jullie als groep wel een sterkte. We zien natuurlijk ook heel die verwevenheid van structuren en ontwikkelingen. Maar jullie zijn daarin heel open en eerlijk naar elkaar, maar ook naar buiten toe.

Ik denk dat dat een stuk te maken heeft met jullie als mensen individueel, maar ook met de samenwerking in het team en de sturing. Jullie schrijven samen mee aan de geschiedenis en toekomst van het Limburgs GGZ-landschap. Hierdoor krijg je het gevoel dat wat SPIL doet, noodzakelijk is. Ik heb ondertussen enkele teamvergaderingen meegemaakt en ik dacht steeds “waar kom ik nu terecht?”. Taart, gelach, open discussies, hele debatten, chaos, Miet (Smeets) die heel erg overtuigd is en vanuit deze rol katalysator is voor en naar de groep. Vertrouwen, integriteit, ... zijn hierin heel belangrijk. Als je verantwoordelijkheid krijgt, en weet waar je mee bezig bent, krijg je vertrouwen en kan je dingen doen bewegen. Voor SPIL zou ik kunnen werken en dat zeg ik, omwille van al mijn ervaringen, niet snel.

Wat is de meerwaarde van een externe SPIL-voorzitter Spil? Wat zijn valkuilen?

Een valkuil is zeker dat je de sector niet van binnenuit kent. Je kent wel de klassiekers en de grote lijnen, maar zeker niet specifieke werkingen, Onlangs vroeg ik aan iemand waar ze werkte. “In een revalidatiecentrum”. “Ah, in de MS-kliniek van Overpelt”. Ik wist dus toen nog niet dat er ook revalidatiecentra in de GGZ uitgebouwd zijn. Een groot voordeel is wel dat ik van op een afstand kritisch kan kijken naar datgene wat ik zie gebeuren. Het voordeel is ook dat ik op één of andere manier nu nog zaken bespreekbaar kan maken, maar deze vrijheid kan nog wel wegebben. Ik vind het soms wel heel bevreemdend dat ik, ondanks dat ik in de sector van gezondheid en welzijn zit, heel weinig van de GGZ-wereld kende. Ik vind dat toch wel een verrassende vaststelling. Ik merk ook dat ik veel over SPIL

als overlegplatform spreek. Ik neem veel mee in mijn verhaal, in het connectie maken met andere sectoren. Voor mij is SPIL op dat vlak een zegen.

Wat neem je dan zoal mee?

SPIL is gekend, maar wat er allemaal onder valt, is niet gekend. Wel door de mensen van GGZ, maar niet voor de mensen van buiten GGZ. Ik neem mee dat de sector waar je in werkt, vaak bij zichzelf denkt dat ze heel goed bezig is. Zij staat in relatie met een andere sector en heeft daar dan een bepaald beeld van. Ik probeer dat beeld nu vaak te nuanceren. Om een vergelijking te maken; als ik vanuit de thuisverpleging kijk, dan kijk ik met grote ogen naar de residentiële ouderenzorg en andersom. Opdracht bestaat hierin: “ga praten met elkaar, leer elkaar kennen”. Ik denk dat dit proces volop bezig is. Wat ik meeneem, is dat GGZ een stuk is van het geheel waar we samen aan werken. Ik heb het gevoel dat we nog te veel in “stukjes” denken. Verticaal. GGZ is een deel van het “zorggeheel” waarmee dat je horizontaal verbanden moeten leggen doorheen het leven van mensen. Natuurlijk kom je GGZ in de eerstelijntegen. Ik stel ook vast dat de eerste lijn daar eigenlijk niet zo goed weg mee wist. Trek GGZ-collega's mee naar binnen. Leer elkaar kennen, wissel ervaring en expertise uit, maak gebruik van elkaars mogelijkheden, netwerken, kennis, ervaring en structuren.

Wat is de specificiteit van “de” GGZ als sector? Want je komt natuurlijk uit het onderwijs, de ouderenzorg en de eerste lijn...

Ik denk dat de GGZ-sector een rolmodel kan zijn om anders te kijken naar mensen. Als je een klassieke verpleegopleiding hebt gevolgd, dan werd vaak vertrokken vanuit



biometrische of biomedische modellen. In veel basisopleidingen ligt hierop de focus. Er is nog te weinig ruimte voor een humane, existentiële, psychologische, psychosociale focus, terwijl beide uitgangspunten natuurlijk één geheel vormen. We moeten integraal naar mensen kijken, ongeacht of we in de ouderenzorg actief zijn, in een ziekenhuis, ... We weten dat wel, maar de integratie is niet vanzelfsprekend of altijd even eenvoudig. Ik voel soms weerstand om "psy-opleiding" breed in te bedden alsof de GGZ als sector zou verdwijnen. Deze focus of benadering moet juist voorop staan want je gaat op een existentiële manier naar mensen kijken. En dit is misschien een techniek of methodiek die we steeds moeten toepassen, voor welk beroep of sector je ook kiest. Een verpleegkundige in opleiding leert bv. eerst een bed opmaken en daarna "praten". Terwijl je toch tegelijkertijd moet praten terwijl je het bed opmaakt, omdat de patiënt in de zetel zit en nood heeft aan een gesprek. Ik merk dat de GGZ hierin voorop loopt. Jullie wereld, jullie manier van kijken naar en werken met mensen is veel rijker. Wat ik ook voel, is dat er veel minder onderscheid gemaakt wordt tussen de hulpverlener en hulpvrager. Ik heb meer het gevoel dat jullie "compagnons de route" zijn in het verhaal van gelijken, dan dat er sprake is van een hiërarchische verhouding. Ik ben de verpleegkundige en jij de patiënt. Ik ben de arts en jij de patiënt. Ik heb wel begrepen dat dat niet op alle niveaus zo is, maar in de Raad van Beheer van SPIL voel ik dit respect en deze erkenning. Jullie sector is

naar mijn aanvoelen heel patiëntgebonden en cliënt georiënteerd. Het bestaan van een externe ombudsdienst lijken jullie normaal te vinden, maar ik vind dat ongelooflijk. Dat een externe organisatie binnen kan komen in een organisatie en zich eigenlijk een stuk laat begeleiden...

Welke uitdagingen zie je voor de geestelijke gezondheidszorg?

Met één woord: inclusie. Maar ik weet niet of de samenleving dat aankan. Professor P. Bracke had het er op een studienamiddag rond beeldvorming in de GGZ ook over. Wat is normaal? Normaal, abnormaal, wie is ziek, wie is niet ziek, ... We moeten dit overstijgen. Ik heb ooit volgende cijfers gehoord: "Je hebt voor de GGZ maar 60 acute bedden nodig in Limburg, terwijl we er nu nog een 1.000-tal hebben". Dat is een heel groot verschil. Alleen weet ik niet of de samenleving een verdere afbouw kan of wil. Als je in een samenleving leeft die alleen veiligheid voorop stelt, dan zal je, als we niet opletten, zelfs nog veel instellingen moeten bijbouwen. Ik geloof daar niet in. We moeten vanuit het buurtwerk, straathoekwerk, vanuit en met de buurt, ... het verschil maken. Wie moet dat dan organiseren? De wijk, gemeente, provincie, Vlaamse overheid, het middenveld, ...? Ik denk dat zorg in zijn breedste perspectief vanuit de wijk moet vertrekken. Inclusie 100%, neen waarschijnlijk niet, maar ook een voorziening kan daar ingebed zijn vanuit een samenlevingsbenadering. Ik verdraag niet dat je GGZ naast de samenleving plaatst. GGZ is gewoon een deel van dat geheel. Maar ik

weet niet of hier momenteel een politiek draagvlak voor is.

Vind je dat GGZ op de barricade moet staan voor deze geestelijke gezondheid? Wat stel je voor?

Zolang de GGZ er niet in slaagt met een taal te komen die de samenleving verstaat, kan je nog zoveel op de barricade staan, ik denk niet dat dat een verschil zal maken. Ik denk dat je eerst de muren moet afbreken. Dit krijg je ook niet opgelost door letterlijk muren af te breken of opendeurdagen te organiseren. Ik ben ook verrast door de soms wat defensieve houding vanuit de GGZ op Vlaams niveau. Het is blijkbaar moeilijk om doorheen de verschillende meningen een algemeen belang voor de GGZ en het overleg tussen de verschillende sectoren te definiëren. We gaan onszelf toch niet wegschrijven? Ik vind deze houding vreemd. En deze houding heeft te maken met beeldvorming en positionering. Wij hebben figuren nodig die woordvoerder en ambassadeur willen zijn van het geheel. Je moet iemand durven naar voor te schuiven die voor de GGZ in zijn totaliteit het woord neemt, ongeacht of dit nu voor de provincie, voor de samenleving, ... is. Wie neemt vandaag de dag het woord als het over GGZ gaat? We kennen de steeds terugkomende namen, veelal psychiaters. Maar er zijn nog heel andere niveaus en disciplines. Ik noem dit een soort van identificatiefiguur. We missen vandaag een gezicht dat aanspreekt... Barricade? Ja dus, op voorwaarde dat je met één stem spreekt. En op voorwaarde dat de ego's zichzelf overstijgen.

Voorzitter van het Wit-Gele Kruis: Hoe kijk je als voorzitter van het Wit-Gele Kruis naar de artikel 107-projecten?

Ik heb artikel 107 leren kennen vanuit de thuisverpleging. Ik herinner mij dat ik deze ommekeer in het beginstadium niet begreep. Wat is daar nu eigenlijk aan het gebeuren? Ik was echt wel verrast. Als dat de stap is die nodig is om de GGZ vorm te geven, dan zijn we goed bezig, ook al wetende dat het over een beperkte doelgroep (volwassene) gaat en dat ouderenzorg bv. nog aan bod moet komen. Ik ben kort na de kennismaking met het "artikel 107" een hele week met een thuisverpleegkundige mee op stap geweest. Hier heb ik ondervonden met hoeveel "niet geziene" psychiatrische problematieken thuisverpleging in aanraking komt, ook al worden deze problematieken niet als dusdanig gediagnosticeerd. Er is nog veel te weinig kennis en expertise m.b.t. GGZ in de eerste lijn. Ik vind kennis- en expertiseuitbreiding een eerste noodzakelijk stap in de weg naar inclusie. Hiervoor moeten sectoren elkaar systematisch ontmoeten. Misschien zijn hiervoor nieuwe samenwerkingsverbanden de noodzakelijke volgende stap.

Welke bedenkingen, vragen, bezorgdheden krijg je vanuit de eerste lijn?

Ik denk dat de grootste uitdaging er vooreerst in bestaat de basiskennis van "het geestelijke" fundamenteel te verhogen. En dit op elk niveau. Ik merk dat bij verzorgenden, zorgkundigen, verpleegkundigen, ... vaak onvoldoende basiskennis hieromtrent aanwezig is. Er zijn twee elementen die je moet meenemen. Niet alleen het verwerven van kennis is belangrijk, maar eveneens het geven van een gevoel van veiligheid aan mensen die niet klassiek met deze doelgroep aan de slag gaan. Mensen hebben vaak angst en zijn bang om het verkeerde te doen. Vertrouwen geven is dus zeer belangrijk.

Stigmatisering. Hulpverleners hebben een negatief beeld van mensen met psychische problemen. Klopt dit met de realiteit?

Stigmatisering komt vaak voort uit onwetendheid, omdat men "de" psychiatrische patiënt, ook al bestaat deze niet, onvoldoende kent. Er is ook een graduele opbouw in stigmatisering. Naar de psycholoog gaan, gaat nog. De psychiater inroepen is al iets gevoeliger. Psychiatrie, dan is het om zeep. Vanaf dan ben je bij wijze van spreken levenslang gekenmerkt. Ik dacht dat we verder stonden.

Hoe ga je hier mee om? Je staat zelf in het onderwijs. Anderzijds sta je in een aantal hulpverleningssectoren? Hoe wil je hierop anticiperen?

Het is heel vreemd. Er zijn studenten die als ze vandaag aan de opleiding verpleegkunde beginnen, reeds weten dat ze zullen kiezen voor GGZ. Deze voorkeur heeft te maken met hun interesse, hun omgeving, ... Alle studenten verpleegkunde in opleiding lopen een stage binnen de GGZ. Dit geeft sommigen van hen de kans alsnog te kiezen voor de GGZ,

ondanks dat ze deze sector eerst niet kenden of er een negatief beeld over hadden. Dit zijn volgens mij vaak de studenten die echt het verschil willen maken. Alleen is het zo dat vanaf je voor deze richting gekozen hebt, je in "die groep" wordt gezet. Ook hier merk je stigmatisering. Ik denk dat dit vanuit de GGZ bevorderd wordt door het ontbreken van identiteit, ondanks de meerwaarde van de sector waar ik al eerder naar verwees.

Nog iets toe te voegen aan dit interview?

Mijn grootste zorg gaat vandaag vooral uit naar de zesde staatshervorming met de overheveling van de overlegplatforms naar Vlaanderen. We moeten er alles aan doen om het belang van overlegplatforms voor de GGZ te continueren en te versterken in een continuüm met andere platforms waar GGZ sowieso deel van uit moet maken maakt. Het uitwerken van een Vlaams verhaal op niveau van de Overlegplatforms zal hierbij zeker noodzakelijk zijn.

Bedankt voor het interview!



Overlegplatforms en de toekomst?!



Naar aanleiding van de 6de staatsher-
vorming worden binnen de geestelijke
gezondheidszorg de overlegplatforms
samen met Beschut Wonen, PVT en de
voorzieningen met een RIZIV conventie

overgeheveld naar de Vlaamse
Gemeenschap.

In het Groenboek 'Interne staatsher-
vorming' staan voor de overlegplat-
forms drie opties:

- Behouden van opdrachten en
financieringswijze in de huidige
vorm
- Integreren van de overlegplatforms
in andere structuren binnen de
gezondheidszorg
- Afschaffen van de OP's en het
budget (1 miljoen euro) investeren in
het ruimer aanbod GGZ

Er zijn ondertussen reeds enkele
overlegmomenten doorgegaan in de
schoot van het Vlaams Agentschap
Zorg en Gezondheid. Het is duidelijk
dat Vlaanderen **input** verwacht over de
toekomstige werking van de overleg-
platforms. Op niveau van het OP², het
overleg van de voorzitters en coördina-
toren van de Vlaamse overlegplatforms
en het overlegplatform van Brussel,
denken we momenteel na over een
gemeenschappelijke visie omtrent de
toekomst van de overlegplatforms.

Toch willen wij, vanuit SPIL, vanuit

onze ervaringen en vanuit onze
specifieke werking, aangeven welke
mogelijkheden we zien voor het
overlegplatform in de toekomst.

Onze **core business** is overleg,
samenwerking en netwerking.
In de loop der jaren hebben wij
samenwerkingsverbanden en
netwerken uitgebouwd o.a. voor
'kinderen en jongeren', 'personen met
middenmisbruik' en 'personen met
een verstandelijke beperking en een
ernstige psychische en/of psychiatri-
sche problematiek'. We zijn bezig met
de opstart van een netwerk voor de
doelgroepen 'forensische psychiatrie
en daderhulp' en 'ouderen'.

Netwerking is onze **expertise**
geworden. We hebben met vallen en
opstaan geleerd hoe we het proces
van overleg en samenwerking kunnen
begeleiden. We **faciliteren** en
coördineren. De randvoorwaarden
voor netwerking zijn ons ondertussen
duidelijk: alle partners betrekken,
duidelijke afbakening van de
doelgroep, doelstellingen formuleren,
aparte overlegniveau's voor
inhoudelijke werkers en directie
installeren, betrokken partners van
de belendende sectoren van bij de
start betrekken, ...

Wij kunnen deze expertise delen in
een team wat ons sterker maakt. Wij

zouden deze expertise ook verder
kunnen inzetten.

Het aanbieden van een **externe
ombudsfunctie** door de overlegplat-
forms blijven wij **belangrijk** vinden. De
verbinding met de overlegplatforms
garandeert de onafhankelijkheid
aangezien de ombudspersoon geen
personeelslid is van de voorziening
waar hij of zij de ombudsfunctie
opneemt. Dankzij de verankering in het
OP is algemene informatie-uitwisseling
op provinciaal niveau mogelijk en kan
het bestaande netwerk van het
overlegplatform gebruikt worden als
ingang voor en naar de verschillende
GGZ-voorzieningen. Maar ook voor het
overlegplatform is het belangrijk om via
de ombudspersonen feedback te
krijgen en zicht te krijgen op en voeling
te houden met knelpunten op cliëntni-
veau. Want zelfs doorheen netwerking,
staat de cliënt steeds centraal. Het
SPIL-team ervaart deze samenwerking
in beide richtingen als boeiend en
leerrijk en als een uitgesproken
meerwaarde.

Het bestaansrecht van de overlegplat-
forms wordt in vraag gesteld door de
ontwikkeling van **de projecten 'artikel
107'**. Wij zijn ervan overtuigd dat de
overlegplatforms ook hier een rol te
spelen hebben.

Eerst en vooral zijn de projecten enkel
bedoeld voor de doelgroep volwasse-
nen. Bovendien dekken de projecten
artikel 107 vaak niet het volledige grond-
gebied van de provincie. Als overleg-
platform kunnen we een aantal
opdrachten opnemen voor en met de
projecten artikel 107. Overlegplatforms
kunnen de **samenwerking** tussen
de netwerken **faciliteren**, samen-
werkingsafspraken maken inzake proto-
colen, procedures, praktische afspraken,
inhoudelijke afstemming tussen de vijf
functies nastreven, onderzoek en
registratie aanbieden en een gemeen-



schappelijke taal en gemeenschappe-
lijke communicatie ondersteunen.
De andere reden voor ons bestaans-
recht wordt ons opgelegd door het KB
dat ons de opdracht geeft om **overleg**
te organiseren rond **patiëntendoel-
groepen**. Zoals reeds aangehaald,
organiseren we o.a. overleg voor de
doelgroepen 'kinderen en jongeren',
'jongvolwassenen', 'forensische
psychiatrie en daderhulp', 'personen
met een verstandelijke beperking met
een ernstige psychische en/of psychi-
atrische problematiek', 'personen met
middenmisbruik' en 'ouderen'. Een
aantal van deze overleggen overlappen
met de volwassenendoelgroep van de
project artikel 107 waardoor afstemming
en samenwerking noodzakelijk is. Voor
een aantal doelgroepen is daarenboven,
omwille van de specificiteit van de
doelgroep en specialisatie van zorg,
provinciaal en zelfs Vlaamse overleg
eerder aangewezen dan overleg op
niveau van de werkingsgebieden van de
verschillende projecten artikel 107. Ook
hierin kunnen de overlegplatforms een
belangrijke rol spelen.

Maar ook vragen van **belendende
sectoren** komen vaak bij ons terecht.
Een aantal jaren geleden kregen wij de
vraag van Fedasil naar een overleg rond
de opvang van de asielzoekers. De
drempel naar de geestelijke gezond-
heidszorg was voor deze doelgroep te
hoog. Ondertussen hebben wij voor
alle asielcentra een netwerk met GGZ
voorzieningen en welzijn opgezet en
proberen we op basis van reële
knelpunten oplossingen aan te bieden.
De engagementsverklaring tussen
enkele GGZ-partners en Fedasil is hier
een mooi voorbeeld van.

De **verankering** in de **provincie** of op
een **sub-regionaal niveau** vinden wij
essentieel. We moeten onze werking
verbinden met de andere sectoren,
andere structuren. Het **intersectoraal**

handelen is inherent aan onze werking.
Inhoudelijk moeten we de ruimte
hebben en krijgen om provinciaal of
loco-regionaal, op basis van de
geschiedenissen, het aanbod, de
noden, de culturen, ..., aan de slag te
gaan. Om dit goed te kunnen, is die
**provinciale of loco-regionale
inbedding en verankering** cruciaal,
ook vanuit de perceptie van de actoren
zelf. Netwerking gebeurt niet enkel
formeel, maar ook informeel, in losse
contacten, vanuit wederzijdse
erkenning en respect, ... en dit creëert
men maar door regionaal verankerd te
zijn, aanspreekbaar en bereikbaar te
zijn, Het is belangrijk dat we als
overlegplatform door de sector aanzien
worden als één van hen. Voor Limburg
is bijna alles provinciaal georganiseerd
waardoor voor onze provincie de
provinciale verankering fundamenteel
is voor een goede efficiënte werking
van SPIL. In de andere provincies kan
dit anders zijn, maar de werking van
een overlegplatform koppelen aan een
locoregionaal niveau, afhankelijk van de
organisatie van belendende sectoren,
is noodzakelijk.

Een **sterke Vlaamse bovenbouw** is
nodig. Het overleg van de Vlaamse
Overlegplatforms (OP²) moet versterkt
worden en formeel geïnstalleerd
worden. Het is nodig dat de overlegplat-
forms hun samenwerking vastleggen in

een overeenkomst. Hierin moet
gepreciseerd worden welke taken
opgenomen worden op niveau van OP².
Hierbij is het nodig dat het OP² het
mandaat krijgt om rond die bevoegdhe-
den te werken.
Bepaalde thema's kunnen interprovinci-
aal worden aangepakt bv. patiëntenpar-
ticipatie, cultuursensitieve zorg,
patiëntendoelgroepen, ... Maar ook het
uitwisselen van methodieken rond
samenwerken en netwerken kan
inspirerend zijn voor andere overlegplat-
forms. Het harmoniseren van
personeelsbeleid en -beheer kan een
derde mogelijke opdracht zijn. Een OP²
kan ook het aanspreekpunt zijn voor de
overheden, de koepels, voor derden, ...
And last but not least wordt de
coaching, logistieke ondersteuning en
communicatie van en rond de ombuds-
functie opgenomen op dit niveau.

De Vlaamse overheid zal keuzes
moeten maken en prioriteiten moeten
stellen over de contouren, het
mandaat, de slagkracht en de bevoegd-
heden van de overlegplatforms in de
toekomst. Misschien moet zij hierbij de
vraag stellen: 'Wat gebeurt er als we
de overlegplatforms afschaffen?'.

Miet Smeets
Coördinator SPIL



“Net” gewerkt rond preventie, promotie en beeldvorming GGZ

In de vorige uitgaven van **Overspil** is uitvoerig verslag gegeven over artikel 107 en de hervormingen die in de Limburgse geestelijke gezondheidszorg zijn doorgevoerd. Vooral de functies 2A en 2B zijn binnen de netwerken Reling en Noolim concreet uitgebouwd. De behandelteams voor volwassenen met acute psychiatrische problemen en de mobiele teams voor volwassenen met chronische psychiatrische problemen draaien ondertussen op volle toeren. Ook de andere functies komen uit de startblokken; de link met rehabilitatie en gespecialiseerde behandeling is primordiaal. Het woon- en begeleidingsaanbod (functie 5) is na een experimentele fase toe aan de realisatie van een gedifferentieerd woonaanbod. De werkgroepen detectie, vroeginterventie en deskundigheidsbevordering (functie 1B) zoeken naar de meest gepaste wijze om aan de vragen van de gezondheids- en welzijnssector tegemoet te komen.

Ondertussen krijgt ook **functie 1A** gestalte. **Preventie, promotie en beeldvorming geestelijke gezondheid** wordt voor de netwerken Reling en Noolim uitgevoerd door het SPIL en tijdelijk gefinancierd door de provincie omdat er tot op heden op deze functie minimaal werd ingezet. Hierdoor krijgt ook de samenwerking tussen de netwerken Reling en Noolim op provinciaal niveau meer en meer vorm. Met de provinciale ondersteuning kon het SPIL een deeltijdse medewerker aanwerven.

In mei werd het startschot gegeven. Een eerste stap was de oprichting van een **werkgroep F1A**. Afgevaardigden van Reling, Noolim, LOGO, Similes, Familieplatform, Suïcidepreventie, Uilenspiegel, LISTEL en het LSO maken momenteel deel uit van deze denkgroep. De opdracht van deze werkgroep bestaat uit het inhoudelijk voorbereiden en bepalen van de strategie van netwerking rond F1A. Deze functie wordt momenteel gefragmenteerd uitgevoerd door verschillende voorzieningen en diensten. Een aantal organisaties hebben een specifiek aanbod (drugpreventie, suïcidepreventie, ...); anderen richten zich op de algemene geestelijke gezondheid of beeldvorming (Fit in je hoofd, Anders Gewoon, ...). Daarom is het aangewezen om een platform “preventie, promotie en beeldvorming GG” op te starten. Dit platform kan een visie ontwikkelen, zoeken naar afstemming en een gids zijn om werkvormen aan literatuur en onderzoek te toetsen. Om inspiratie op te doen en om een idee te hebben van mogelijke acties, inventariseert de werkgroep wat er in Limburg bestaat aan initiatieven, organisaties en overleg op dit terrein. Uit de eerste bevindingen stellen we vast dat verschillende voorzieningen uit allerhande sectoren (lokale besturen, mutualiteiten, arbeid, onderwijs, welzijn, gezondheidszorg, ...) betrokken zijn, dat er een zeer divers aanbod is qua werken aan je geestelijke gezondheid (gaande van mindfulnessstraining tot oorkaarsen en Tai Chi, ...) maar dat er weinig samenhang en samenwerking te bespeuren valt.

Omdat visievorming een eerste stap is, organiseerde de werkgroep op 23 oktober 2013 in de Boudewijnzaal van het provinciehuis een **studienamiddag “Preventie GG rond de tafel”**. Na het welkomstwoord van Gedeputeerde voor Welzijn, Frank Smeets,

gaf Prof. P. Bracke (Health & Demographic Research, Vakgroep Sociologie RUG) de aanzet met een (confronterende) lezing over **“Geestelijke gezondheid en stigmatisering”**. Hij vergeleek vooreerst de medische/psychiatrische kijk op mentale problemen met het sociologisch denken. Nadien schetste hij de voordelen van een sociologisch/maatschappelijk uitgangspunt. Hier worden individuen niet in categorieën geplaatst. Een persoon met psychische problemen is niet “een zieke” die in een bepaald “hokje” hoort, maar een persoon met een kwetsbaarheid in interactie met andere personen. Er is ruimte voor verandering en er wordt geen waardenoordeel gegeven. Verder onthouden we uit het eerste deel van het referaat dat zelfwaardering de belangrijkste indicator is van mentale gezondheid. Omtrent stigmatisering wist de prof te vertellen dat Belgen mensen met een psychisch probleem vooral als “onvoorspelbaar” definiëren en zij stress als de grootste oorzaak van mentale problemen aanduiden. Drugverslaafden en probleemdrinkers krijgen het meest een stigmalaalabel opgeplakt en ons stereotiep denken is een cultureel, historisch gegeven. Hij stelde ook dat hulpverleners vaak een negatiever beeld hebben van mensen met psychische problemen dan Jan modaal.

Afsluitend stelde Piet Bracke vast uit empirisch onderzoek dat de GGZ-hulpverleners én de grootste bron zijn van stigmatisering én zelf ook slachtoffer van stigmatisering zijn.

Via de methodiek van een **Wereld Café** konden de 100 deelnemers kennis maken met elkaar en van gedachten wisselen omtrent stellingen geclusterd rond drie thema's: preventie, beeldvorming en overleg. Uit de diverse ronde tafels

vallen een aantal opmerkingen en bedenkingen te noteren.

Qua **beeldvorming** heeft de psychiatrie dringend nood aan succesverhalen, aan het verhaal van mensen (BV's) die via therapie beter geworden zijn, en niet de “horror” verhalen, de gewelddaden die we in de media lezen over mensen met vaak zware psychische problemen. Volgens de deelnemers zijn integratie in bestaande verenigingen, open deurdagen en het verhaal van patiënten en familie de beste manier om te werken aan destigmatisering en om het psychisch ziek zijn te normaliseren. Preventie wordt zeer divers ingevuld. Er wordt vaak gedacht aan individuele preventieve geestelijke gezondheidszorg én er wordt getwijfeld aan de effectiviteit en de wetenschappelijke onderbouw van gezondheidsvoorlichting. Bovendien is er nood aan positieve preventieve boodschappen en moeten we af van een ziekte als insteek.

Bij het thema **“overleg”** zien we vooral terugkomen dat de deelnemers dit interpreteren als een overleg tussen zorgverstrekkers en patiënt. Niet verwonderlijk als je weet dat 25% van de deelnemers actief zijn in de thuiszorg. De stelling dat lokale besturen overleg moeten/kunnen organiseren kwam dan ook vreemd over bij het gros van de participanten. Toch kunnen we stellen dat er consensus was over de coördinatie van preventieve/beeldvormende acties; hier voeren vooral de lokale besturen de regie, niet de GGZ. Deze sector bezit wel de expertise en dient dan ook in te staan voor de inhoudelijke invulling. Overleg is volgens de participanten vooral een gedeelde verantwoordelijkheid. Richtlijnen voor het uitwerken van preventie in de GG moeten op nationaal niveau uitgewerkt worden en provinciaal gecoördineerd. Het is belangrijk om



afspraken te maken over kwaliteitsvolle preventie. Zowel de sector GGZ, als welzijn en de eerste lijn moeten de handen in elkaar slaan om preventie waar te maken. Ook het onderwijs heeft hier een belangrijke rol; hoe communiceren over problemen, jongeren weerbaarder maken, ...

Opvallend bij de verschillende tafels is het feit dat de partners elkaar weinig kennen en niet weten wat ze voor elkaar kunnen betekenen. **Netwerkvorming** lijkt voor iedereen zeer belangrijk en blijft een aandachtspunt, al zijn de netwerken Reling en Noolim een goede aanzet om de sectoren bij elkaar te brengen. De belangrijkste doelstelling voor de aanwezigen blijft de afstemming tussen de verschillende sectoren GGZ, de eerstelijnsgezondheidszorg en welzijn. De toegangspoorten tot welzijn en gezondheidszorg moeten volgens de participanten vereenvoudigd worden en de vele bestaande structuren moeten meer op elkaar afgestemd worden.

We geven in dit artikel nog mee dat de studiedag over het algemeen door de deelnemers als zeer positief werd

geëvalueerd. De uiteenzetting van Prof. P. Bracke werd als leerrijk ervaren en de gesprekken aan de tafels als een goede methodiek die vragen en bedenkingen oplevert. De doelstelling om na te gaan hoe men vanuit de werkvloer en de verschillende initiatieven bottom-up naar preventie, beeldvorming en netwerking kijkt is met deze studiedag zeker gehaald. De ideeën van de deelnemers zijn een rijke voedingsbodem voor de verdere werking en vanuit de evaluatie kunnen we stellen dat ook zij “gevoed” huiswaarts keerden. De eerste stappen naar een Limburgs Netwerk preventie en promotie van geestelijke gezondheid zijn gezet en de werkgroep Functie 1A kan verder uitgroeien!

Met vragen, bedenkingen, ... zowel m.b.t. dit project F1A als m.b.t. de besproken informatienamiddag kan u contact opnemen met Marjet Vanderstraeten (marjet.vanderstraeten@limburg.be 011 23 72 93)

Marjet Vanderstraeten
Coördinator Functie 1A

Limburg telt twee regionale netwerken Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), m.n. **Noolim en Reling**, die beiden een project "Vermaatschappelijking van zorg" aansturen (voor meer info zie www.psy107.be).

Artikel 107 uit de Ziekenhuiswet focust op netwerking rond vijf functies (toegang naar de GGZ, psychiatrische zorg aan huis, rehabilitatie, intensieve en gespecialiseerde opname's en woonvormen) met extra aandacht voor preventie en vroeginterventie, maximale ondersteuning in de thuissituatie, inclusie en integratie in de maatschappij en het intensifiëren van het zorgaanbod.

Reling



www.reling.be

Sinds zijn concrete opstart in 2012 is Reling actief met het in kaart brengen en aan elkaar linken van de al bestaande initiatieven binnen bovengenoemde vijf functies via subregionaal overleg over alle zorglijnen heen. Verder werden enkele functies uitgebouwd of verder verfijnd, namelijk: consult & vraagverheldering voor eerstelijns-werkers en de opstart van mobiele psychiatrische teams.

Bij dit alles is het belangrijk te weten dat het groeiproces zijn naar een betere zorg waarbij tot op heden al enkele operationele stappen werden ondernomen. Vandaar een korte stand van zaken...

Vorming en inter- / supervisie

Op vlak van deskundigheidsbevordering van de eerstelijns hulpverlening en het ter beschikking stellen van de GGZ expertise voor zorgpartners in het brede werkveld bouwt Reling verder op het bestaande aanbod vanuit de Centra Geestelijke Gezondheid (CGG's). Eerstelijns organisaties kunnen vorming of coaching (intervisie of supervisie) aanvragen op casusniveau.

Voor casussen van cliënten die al gekend zijn bij één van de GGZ partners contacteer je best direct die organisatie. Voor coaching bij casussen die geen link hebben met een GGZ partner neem je best contact op met het dichtstbijzijnde CGG naar keuze.

Geleidelijk zullen we trachten de vragen tot competentiebevordering te bundelen en te stroomlijnen. Zo

zullen ook andere GGZ partners, meer dan in het verleden, betrokken raken bij dit aanbod.

Samen met Noolim ondersteunen de art107 netwerken eveneens initiatieven van bestaande vormingsaanbieders, zodat ze nog gericht kunnen inspelen op bestaande vormingsnoden.

Consult & vraagverheldering

Ook op vlak van ondersteuning bij vraagverheldering, probleemverduidelijking, indicatiestelling en diagnostiek kan een (huis-)arts terecht bij de gespecialiseerde psychiatrische zorg.

Binnen het Reling zorggebied kan je ook hiervoor terecht bij het dichtstbijzijnde CGG naar keuze, wanneer het gaat over een casus waarbij er geen link is met een GGZ partner. Is die link er wel, dan staat de gekende GGZ organisatie klaar om die consultfunctie op te nemen.

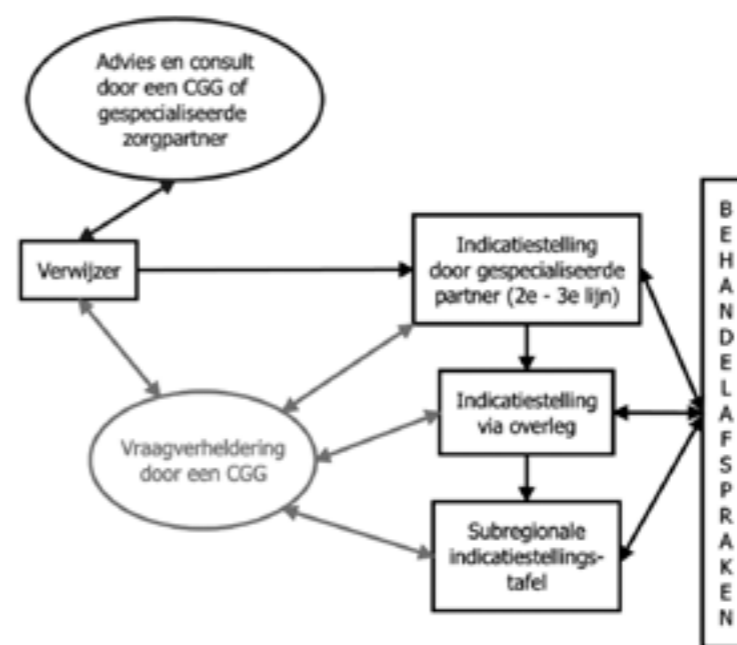
Deze consultfunctie betracht om a.d.h.v. de situatie, samen met de aanmelder, te komen tot een advies en een eventuele werkhypothese.

Toegang tot de 2e en 3e lijn GGZ

Eerst en vooral is het belangrijk hierbij te vermelden dat de bestaande en gekende toegangsdeuren naar de GGZ organisaties van Reling behouden blijven. Deze worden gaandeweg wel beter op elkaar afgestemd.

Een eerste afstemming die we trachten te realiseren is een getrappt systeem van aanmelden. Bv. wanneer een aanmelding bij een (voor die zorgvraag) minder geschikte zorgpartner terecht komt zal het die organisatie zijn waar werd aangemeld die via overleg tracht de juiste zorgpartner in de casus te betrekken

Schematische voorstelling:



(indicatiestelling via overleg). Bij aanmeldingen van complexe situaties die voor enige twijfel kunnen zorgen gaat de casus naar een subregionale 'indicatiestellingstafel'. Tijdens dit overleg buigen enkele subregionale kernpartners zich over de aangeboden probleemsituatie. En trachten ze via een zorgplan (het schakelen van het zorgaanbod van verschillende partners aan elkaar) te komen tot een gedragen oplossing. Momenteel zijn er in het Reling gebied twee indicatiestellingstafels actief, namelijk in subregio's Reling noord en Reling zuid (elk 2 keer / maand). Reling midden en Reling west zullen weldra opstarten.

Mobiele teams voor volwassenen met acute psychiatrische problemen

Een behandelteam voor acute psychiatrische problemen kan door een arts ingeschakeld worden voor een patiënt (tussen 18 en 65

jaar) die zich, omwille van de psychiatrische problematiek, in een (sub)acute crisissituatie bevindt. De behandeling gebeurt mobiel (meestal aan huis) en duurt max. vier weken. Intensiteit is afhankelijk van de nood.

In het Relinggebied zijn de mobiele crisisteams (A – teams) actief sinds het midden van 2012 en momenteel draaien ze op kruissnelheid. In de tweede helft van 2012 werden er 147 crisissen in de thuissituatie behandeld. Voor de eerste helft van 2013 staat de teller al op 354! We stellen vast dat de mobiele crisisteams in hun huidige bezetting tegen hun limieten aanlopen.

Mobiele teams voor volwassenen met chronische psychiatrische problemen

Een behandelteam voor chronische psychiatrische problemen kan ingeschakeld worden voor een patiënt (tussen 18 en 65 jaar) met

een ernstige en langdurige psychiatrische problematiek wanneer deze in de thuissituatie geconfronteerd wordt met problemen op verschillende levensdomeinen. De behandeling gebeurt mobiel (meestal aan huis). De duur en intensiteit is afhankelijk van de nood.

Bij het uitrollen van de middelen waarover Reling momenteel beschikt, werd er bij opstart voor gekozen in de subregio's Reling midden en Reling west de bestaande Psychiatrische Thuiszorg te behouden (PZT –teams). In de subregio's Reling noord en Reling zuid werden volwaardige mobiele teams voor langdurige zorg uitgebouwd (B – teams). Dit betekent vandaag een onevenwichtig aanbod waarbij de subregio's Reling noord en Reling zuid over meer mogelijkheden beschikken.

Bij de verwijzers zorgt dit echter voor enige verwarring in de verwachtingen t.a.v. de teams voor langdurige zorg. Reling tracht hierin snel verandering te brengen, maar vraagt ondertussen begrip voor deze tijdelijke situatie.

Wat de aantallen betreft werden er in de tweede helft van 2012 al 265 langdurige begeleidingen opgestart (hierbij werden de bestaande psychiatrische thuiszorgbegeleidingen bij opstart mee opgenomen). Half 2013 staat de teller voor de Reling B – teams op 116 nieuwe begeleidingen.

Beleidsmatig

Reling's eerste proefperiode van 3 jaar loopt af eind 2013. Recentelijk kreeg Reling een verlenging van zijn werking voor één jaar, onder dezelfde omstandigheden. Dus ook voor 2014 ligt er heel wat werk op de plank van de partners van ons netwerk. Een kleine opsomming van wat je kunt verwachten...



NOOLIM - 1 JAAR VERDER

NETWERK GGZ OOST-LIMBURG

- Ervaringen opdoen en het verder afstemmen van functie 1B (consult en vraagverheldering) en functie 2 (mobiele teams) in samenwerking met de eerste lijn.
- Het functie 3 overleg over Rehabilitatie komt op kruissnelheid en zal zijn eerste vruchten afwerpen.
- De eerste zorgcircuits worden duidelijker a.d.h.v. het subregionale overleg binnen Reling

Ook op beleidsniveau vraagt dit 'netwerken' enorme inspanningen van zijn partners. Op vele vlakken doordachte knopen door hakken, gebaseerd op consensus, vraagt om erg veel overleg. Van visievorming tot operationaliseren. De topics voor de komende tijd zullen vooral in de sfeer liggen van herstelgeoriënteerde zorg, ontslag- casemanagement, ontwikkelingen in de functies 3, 4 en 5 en de opstart en inclusie van de schakelteams voor geïnterneerden in de GGZ.

Ik kijk er al naar uit! En u... ?

*David Dol
Netwerkcoördinator Reling*



Na de doorstart van het 107-project eind 2012 is "Noolim gelanceerd" op 29 mei 2013 tijdens een breed maatschappelijk forum georganiseerd in C-mine Genk waar ook Minister J. Vandeurzen zijn medewerking aan heeft verleend. Meer dan 220 aanwezigen hebben op dat moment kunnen kennismaken met het nieuwe aanbod vanuit Noolim, het Netwerk GGZ Oost-Limburg.

Noolim: aanbod vorming en interventie

Ondersteuning van de eerstelijnsdiensten is een belangrijk gegeven binnen de hervorming van de GGZ. Ook de overheden verwachten dat hier extra aandacht aan wordt besteed, niet in het minst omdat deze opdracht ook vervat zit in de financiering van de psychiatrische thuiszorgprojecten. Vanuit Noolim wordt extra aandacht besteed aan de deskundigheid en competentiebevordering van de hulpverleners binnen de thuiszorg en de thuisverpleging. Centraal hierbij staat het aanreiken van concrete handvatten en herkenningspunten om communicatie met psychiatrische patiënten te vergemakkelijken en om beter te leren omgaan met moeilijk of eigenaardig gedrag. Noolim biedt de mogelijkheid tot vorming en bijscholing rond GGZ-problematieken vanuit de dagelijkse praktijk, alsook interventie aan de hand van casusbesprekingen aangereikt door de

eerstelijns-hulpverleners zelf. Om deze aanvragen gemakkelijk en eenduidig te laten verlopen is een **aanvraagsjabloon** ontwikkeld dat kan worden gedownload vanuit www.noolim.net en www.listel.be. Een ad hoc werkgroep vorming met een vertegenwoordiging van alle partners en functies binnen Noolim volgt de aanvragen en de toewijzing ervan mee op. Afhankelijk van de specifieke vragen wordt gekeken welk team of welke dienst over de meest aanwezige expertise beschikt om de vorming of de interventie concreet op te nemen.

Het GGZ-consult Noolim

De projectgroep "detectie en vroeginterventie" (functie 1b) heeft de verzuchtingen en verwachtingen vanuit de eerstelijnsdiensten geïnventariseerd en besproken. De 3 centra geestelijke gezondheidszorg – actief binnen Noolim – hebben hun krachten gebundeld en een gezamenlijke inspanning gedaan om aan de vragen en de noden vanuit de eerstelijnsdiensten tegemoet te komen. Zij beantwoorden beurtelings 1 centraal consultnummer. Een huisarts of eerstelijns-hulpverlener kan op het nummer van het GGZ-consult terecht voor een niet-dringend **telefonisch consult** inzake probleemverduidelijking bij een patiënt op vlak van GGZ. Er wordt antwoord gegeven op vragen inzake indicatiestelling en diagnostiek zoals: "Wat is er met deze persoon aan de hand? Heeft deze persoon een psychiatrische problematiek?" Indien telefonisch advies niet volstaat wordt **de patiënt 1 tot max. 3 keer** gezien, hetzij **op afspraak** in het dichtstbijzijnde Centrum Geestelijke Gezondheidszorg, hetzij bij de patiënt thuis. Binnen 14 dagen na het laatste contact, ontvangt de verwijzer een schriftelijk antwoord met een advies. De eerste consultatie in een Centrum

Geestelijke Gezondheidszorg is kosteloos; vanaf het 2de contact geldt de regelgeving van de Vlaamse Gemeenschap. Voor de psychiaters gelden de RIZIV-tarieven. Contactgegevens: **089 73 03 98** maandag, dinsdag en donderdag: 9u tot 12u en 14u tot 17u woensdag en vrijdag: 9u tot 12u

Het Mobiel Crisisteam Noolim

Het mobiel crisisteam is multidisciplinair samengesteld en telt 13 medewerkers of 10,8 VTE, aangevuld met 2 psychiaters. De hele Noolim-regio wordt bediend. Het team is gehuisvest in Genk en beschikt daarnaast over 2 antenneposten in AZ Vesalius Tongeren en AZ Maas & Kempen te Maaseik. Het permanentienummer van het crisisteam- 0490 65 86 50 - is 7/7 dagen en 24/24u bereikbaar. Na 21u op weekdagen en na 16u in de weekenden en op feestdagen wordt beurtelings doorgeschakeld naar de wachtdiensten van OPZC Rekem en MC St.-Jozef Munsterbilzen. Het mobiel crisisteam biedt crisisinterventie en intensieve multidisciplinaire psychiatrische behandeling in de thuissituatie gedurende max. 4 weken. De focus ligt op het indijken van de crisis, symptoomreductie en (zo nodig) verdere oriëntatie. De patiënt verkeert in een acute of subacute psychiatrische crisissituatie, waarbij interventie in de thuissituatie haalbaar en verantwoord is, wat betekent dat een opname niet strikt noodzakelijk is. In geval van urgenties, zoals levensbedreigende of andere gevaarsituaties, blijven de klassieke doorverwijskanalen van kracht, m.n. spoeddiensten en politie. De aanmelding gebeurt door een arts (huisarts of specialist) die de patiënt heeft geëvalueerd of via een gedelegeerde verwijzing (psycho-

loog spoed of CGG). Binnen 18u na de aanmelding vindt een eerste contact met de patiënt plaats. Er wordt intensief samengewerkt met de patiënt en zijn omgeving, belangrijke derden en andere betrokken hulpverleners. Tijdens de maanden september en oktober 2013 had het team meer dan 80 patiënten in behandeling, gespreid over de volledige Noolim-regio. De meest voorkomende psychiatrische stoornissen zijn de stemmingsstoornissen, gevolgd door persoonlijkheidsstoornissen, aanpassingsstoornissen, aan middelen gebonden stoornissen en psychotische stoornissen. Bijna 70% van de verwijzingen gebeuren door een huisarts; op de 2de plaats staan de psychiaters, gevolgd door andere specialisten (o.a. dienst spoedgevallen).

De Mobiele Teams voor langdurige zorg van Noolim

Noolim telt 3 mobiele teams voor langdurige zorg: het mobiel team Noord-Noolim in Bree (0490 65 86 60), het mobiel team Midden-Noolim in Maasmechelen (0490 65 86 70) en het mobiel team Zuid-Noolim in Bilzen (0490 65 86 80). Deze teams zijn op werkdagen bereikbaar van 9u tot 17u. Ook deze teams zijn multidisciplinair samengesteld en beschikken gezamenlijk over een 20-tal VTE (alle mandaten zullen tegen eind 2013 ingevuld zijn) en 4 psychiaters (waarvan 2 psychiaters voor het team Noord-Noolim). De mobiele teams voor langdurige zorg bieden behandeling en begeleiding, met aandacht voor activering en herstel, zolang dit (in overleg) nodig wordt geacht. De mobiele teams richten zich tot mensen met een ernstige en chronische psychiatrische problematiek die hulp en ondersteuning nodig hebben op meerdere levensdomeinen: geestelijke en lichamelijke

gezondheid, wonen, werken, vrije tijd, ... Zij werken hiervoor samen met andere diensten. Elke belanghebbende kan aanmelden, in overleg met de betrokken huisarts of psychiater. Hiertoe dient een aanvraagformulier te worden ingevuld. Na de teambespreking wordt een intakegesprek gepland. De psychiater van het team beslist over het al dan niet opstarten van de begeleiding. Indien de patiënt niet weerhouden wordt, wordt een alternatief geadviseerd. Begin november 2013 hadden de 3 mobiele teams samen bijna 300 patiënten in begeleiding. Psychotische stoornissen en stemmingsstoornissen zijn de meest voorkomende hoofddiagnoses, gevolgd door persoonlijkheidsstoornissen en aan middelen gebonden stoornissen. De belangrijkste verwijzers zijn de psychiatrische ziekenhuizen en de psychiaters, gevolgd door de huisartsen, CGG, beschut wonen en OCMW. De intensieve voorbereidingen in de subregio Noord-Noolim – meer bepaald de extra communicatie naar de OCMW en de huisartsen toe – hebben hun vruchten afgeworpen: het engagement en de betrokkenheid van de eerstelijnsdiensten is zichtbaar, ook in de cijfers.

Het regionaal overleg: Noord-, Midden- en Zuid-Noolim

In het najaar 2013 is ook het regionaal overleg opgestart binnen Noolim, m.n. in Noord-Noolim, Midden-Noolim en Zuid-Noolim. De focus van dit regionaal overleg ligt op het scharnieren van alle functies vanuit het patiëntenperspectief. Het is de bedoeling dat alle partners van het netwerk werkzaam binnen de subregio's ervaringen uitwisselen op vlak van samenwerking, communicatie, verwijzingen (instroom en doorstroom). Zowel positieve bevindingen als knelpunten in de

Een dag uit het leven van het Mobiel Crisisteam Noolim

samenwerking komen aan bod: bv. de nieuwe mobiele teams:

Wat zijn de ervaringen met het aanmeldingsformulier voor de mobiele teams voor langdurige zorg? Hoe verloopt de communicatie en samenwerking met de mobiele teams?

Zijn de criteria voor in- en uitstroom in de mobiele teams voldoende duidelijk? m.a.w. komen cliënten goed terecht? ...

Bevestiging van goede praktijken alsook voorstellen voor verbetering worden vanuit het regionaal overleg gebundeld en verder ter harte genomen op het niveau van de projectgroepen en het netwerkcomité.

De medewerkers van vzw Listel nemen de secretarisfunctie op van deze vergaderingen en zorgen hierdoor voor een stevige verbinding tussen de GGZ en de eerstelijnszorg. Noolim heeft hiervoor een vergoeding in haar begroting opgenomen.

Het Elektronisch Patiëntendossier

Van bij de start van de mobiele teams is geopteerd voor een elektronisch beheer van de patiëntengegevens. Na een vergelijking van de verschillende gebruikelijke software bij enkele partners is geopteerd voor het EPD van de centra geestelijke gezondheidszorg. De meerwaarde van dit systeem is de combinatie van agendabeheer, patiëntendossier en activiteitenregistratie.

Met ondersteuning van de EPD-beheerder van CGG LITP is een handleiding uitgewerkt voor de mobiele teams, hebben alle medewerkers opleiding gekregen ivm het gebruik van EPD en zijn er 2 EPD-beheerders gevormd binnen de mobiele teams.

We zijn zeer verheugd dat ook Reling geopteerd heeft om met hetzelfde EPD aan de slag te gaan. Dit maakt

dat op termijn – naar goede gewoonte in Limburg – ook voor de mobiele teams gegevens kunnen verwerkt worden op provinciaal niveau. Recent heeft Minister J. Vandeuren bevestigd bereid te zijn om op Vlaams niveau extra te investeren in het EPD ten behoeve van de ontwikkelingen binnen art. 107.

Eind 2013 neem ik afscheid van Noolim en ook van Limburg. Graag dank ik alle betrokken partners binnen het netwerk voor de zeer constructieve samenwerking van het voorbije jaar. Dankzij de inzet van velen is Noolim operationeel en is er op alle niveaus gedragenheid en openheid. Graag wens ik de partners van Noolim alle succes toe bij de verdere ontwikkeling van de verschillende functies en het 107-netwerk, alsook een optimale samenwerking met Reling en SPIL.

*Hilde Dierckx
Netwerkoördinator Noolim*

8.25u :

Onze locatie is gelegen op de Welzijns-campus te Genk. Sinds september is de verpleegsterschool teug gestart en is het even zoeken naar parking.

8.30u:

We komen aan in onze lokalen van de huisartsenwachtpost. Ons eerste werk is de doorschakeling van onze telefoon naar de wachtdienst van Medisch Centrum St Jozef in Munsterbilzen of OPZC Rekem uit te schakelen. We zijn 24 uur, 7/7 telefonisch bereikbaar. Iedereen begint zijn laptop uit te laden en dan is het tijd voor de briefing. Een mail van de wachtdienst: vannacht een telefoontje gehad van 1 van onze cliënten. De dame kon niet slapen en lag te piekeren in bed. De verpleegkundige van wacht heeft geluisterd en dat bleek op dat moment voldoende.

8.37u:

De telefoon rinkelt... Een aanmelding?! Inderdaad. Een huisarts meldt een man aan die vorige week vernomen heeft dat hij zijn werk kwijt is. Hij heeft huilbuien, voelt zich schuldig tegenover zijn gezin, slaapt niet meer omdat hij voortdurend zit te piekeren over hoe het nu verder moet. Tegelijk geeft de man aan dat hij zich afvraagt of het leven nog wel zin heeft. We noteren de gegevens en spreken af dat we dit overleggen met één van onze psychiaters om al dan niet de begeleiding op te starten. De psychiater geeft fiat om van start te gaan. De factor die de crisissituatie uitlokt is duidelijk: een belangrijke verandering in iemand zijn leven die de betrokken man helemaal uit evenwicht brengt.

8.59u:

De agenda's zijn bekeken en 2 teamleden gaan in de namiddag op intake bij deze man. Een eerste inschatting van de situatie gebeurt altijd met 2 teamleden. Op deze manier krijg je een meer complementair verhaal vanuit twee verschillende invalshoeken. Dit biedt ook veiligheid. Het is ook praktisch dat er een collega kan noteren terwijl de andere het gesprek voert.

9u:

Cliëntenoverleg samen met de psychiaters. De teamcoördinator heeft de agenda opgemaakt van de te bespreken cliënten. Er worden afspraken gemaakt over de behandelplannen. Soms ziet een behandelplan er aan het begin van de begeleiding anders uit dan de week nadien. Crisissituaties kunnen snel veranderen.

9:35u:

Verskillende teamleden vertrekken op huisbezoek. De teamcoördinator doet nog wat administratie in het elektronisch patiëntendossier. Alle interventies worden minutieus genoteerd. De collega's baseren zich op deze verslagen om hun begeleidingsgesprekken te voeren. Een andere collega contacteert de huisarts die de aanmelding vanmorgen heeft gedaan en laat weten dat we op huisbezoek gaan. Ook de patiënt zelf wordt gebeld om afspraken te maken voor de intake. En ja hoor, al deze telefoontjes worden genoteerd in het dossier.

9.45u:

Een telefoontje van het Mobiel Team Midden i.v.m. een cliënt die we doorverwezen hebben voor meer langdurige zorg. Er heeft een eerste gesprek plaatsgevonden en de begeleiding is gestart.

12u-12.30u:

Met de aanwezige collega's eten we onze boterhammen op. Een spoedarts belt ons met de vraag naar een mogelijke interventie door het crisisteam. Hij laat ons weten dat er geen medisch-somatische opvolging meer nodig is en de cliënt reeds gezien is door de psycholoog op de spoedgevallendienst omwille van een suïcidepoging. Deze psycholoog maakt ook deel uit van ons crisisteam en kan dus mee instaan voor de continuïteit van het behandeltraject. Tot de aankomst van alle teamleden wordt er druk gewerkt aan alle registraties. Elk teamlid is tevens begeleidingspersoon voor een aantal cliënten. De huisbezoeken voor de komende dagen worden ingepland en er wordt overlegd over het behandelingsplan van de cliënten. Gelukkig zijn we een team met mensen met verschillende competenties; we kunnen elkaar steeds advies vragen.

14u00:

Korte briefing over de huisbezoeken van de voormiddag en de planning voor de namiddag.

14u17 :

Nog een aanmelding betreffende een jongeman die zich volgens de huisarts in een ernstige conflictsituatie met de ouders bevindt, zijn studies wil opgeven en er zou ook sprake zijn van druggebruik. Twee teamleden kunnen zich vlug vrij maken voor deze intake.

15u45 :

De intake is wat moeilijker verlopen dan verwacht. Bij aankomst aan het huis vonden zij de vader met een bloedneus voor de deur, in de woonkamer was alles stukgeslagen en de jongeman stond dreigend met een mes in de keuken. Gezien het acute gevaar is dit geen situatie voor het crisisteam. De politie werd verwittigd.

Tot 21u00 lopen de huisbezoeken door. De telefoon rinkelt zeer vaak: het gaat veelal om vragen betreffende onze werking. De mobiele teams van Noolim zijn nog maar opgestart sinds mei 2013. We geven dan ook graag de nodige informatie aan zowel hulpverleners als potentiële cliënten en hun familie.

Om 21u00 schakelen we de telefoonlijn door naar een van de twee psychiatrische ziekenhuizen en alvorens huiswaarts te keren na een bewogen dag, leggen we de laatste hand aan onze registraties. Zo kan de arts van wacht via het elektronisch patiëntendossier over alle nodige gegevens beschikken als hij wordt opgebeld.

'Gedwongen opname: ingrijpen of begrijpen?'

Vrijdagochtend. Net wakker geworden. Ik heb hoofdpijn. De dag begint weer niet goed. Die van hiertegenover hebben het precies gezien. Wacht, ik zal ze eens tonen dat ik hun gegluur niet meer wil, ik doe alle gordijnen dicht. Ze roddelen altijd over me.

Wie belt daar? De politie? Wat doen die hier? Ik zal maar open doen want de politie zal niet zomaar aan mijn deur staan. Ze zeggen dat ik mee moet. De burens hebben dit geregeld. Ik wil niet mee. Ik heb mijn vogeltjes nog geen eten kunnen geven, mijn gsm ligt nog op de kast, mijn adresboekje mag ik niet mee en ze trekken er zich niks van aan dat ik mijn pillen nog moet pakken. Meekomen is het enige dat ze zeggen. De burens staan voor hun venster. Ik heb ze wel gezien.

Er komt op het politiebureau iemand naar me kijken; de dokter zeggen ze. Na 2 minuten en 3 zinnen is hij weg. Ik heb zelfs nog niet kunnen vragen wat hij kwam doen. Ik moet mee met de ambulance. Ik ben toch niet ziek? De agente zegt van wel, echt niet. Ik word boos, terecht toch, niet?

Dan kom ik aan in het ziekenhuis. Ze zeggen dat dit een psychiatrische kliniek is en dat ik agressief ben. "Neen!" wil ik roepen. Ik ben niet agressief. Ik ben alleen maar boos, ik trek me los en wil naar huis. Plots staan er zes mannen rond me, ze trekken me de kleren van het lijf en doen me een vies kleed aan. Ik word vastgebonden op het bed. Ze spuiten me iets in. De deur gaat dicht. Het is hier benauwd. Waar is dat belletje? Daar zeiden ze iets van, ook dat ze me de hele tijd zien liggen. Ik wil niet in het zicht van de camera liggen.

Waarom lig ik hier? Wie heeft me dat gelapt? Wanneer mag ik terug naar huis? Wie kan me helpen? Ik wil een advocaat? Ze zeiden ook iets van een ombudsdienst? Ik lig hier al uren, alleen. De muren komen op me af. Ik lig al zo lang stil, mijn rug doet toch zo pijn. Ik krijg geen pijnstillers, het gaat voorbij zeggen ze. Alles doet pijn, ik wil hier uit. Ze luisteren niet. Roepen en schreeuwen helpt ook al niet. Ze zeggen dat mijn ouders morgen bij de psychiater langs gaan."

Gedwongen opname is en blijft een gevoelig onderwerp. Een van de fundamentele rechten van de mens zijn vrijheid en veiligheid. Het in een wet gieten van vrijheid beperkende en beschermingsmaatregelen lijken daarmee in tegenspraak te zijn. Of zoals neergeschreven in artikel 2 van de wet van 26 juni 1990 over de gedwongen opname: "De beschermingsmaatregelen mogen, bij gebreke van enige andere geschikte behandeling, alleen getroffen worden ten aanzien van een geesteszieke indien zijn toestand zulks vereist, hetzij omdat hij zijn gezondheid en zijn veiligheid ernstig in gevaar brengt, hetzij omdat hij een ernstige bedreiging vormt voor andermans leven of integriteit. De onaangepastheid aan de zedelijke, maatschappelijke, religieuze, politieke of andere waarden mag op zichzelf niet als een geestesziekte worden beschouwd." Deze wet houdt m.a.w. in dat bij gebrek aan een alternatieve oplossing de patiënt de bescherming ontvangt die hij of zij op dat ogenblik nodig heeft.

Als ombudspersonen beluisteren wij regelmatig de ervaringen van patiënten tijdens een gedwongen opname. Patiënten ervaren deze opname als zeer traumatiserend en spreken van machteloosheid. Patiënten vragen zich ook af wie hen deze opname "gelapt" heeft. Familie of andere naasten worden al snel met de vinger gewezen. Veelal zijn ze niet of nauwelijks op de hoogte van de procedure die ze reeds hebben doorlopen en die eventueel nog voor hen ligt. Het is aangewezen dat patiënten, zo snel als hun gezondheidstoestand het mogelijk maakt, geïnformeerd worden over het

verloop van hun opname en hun rechten. De wet op de gedwongen opname laat hierbij overigens toe dat de patiënt een vertrouwenspersoon aanduidt. De vrederechter zal de patiënt hierover voor de zitting informeren via een oproepingsbrief. Deze vertrouwenspersoon kan hem bijstaan doorheen de procedure, mag deelnemen aan de zitting en kan hem in deze ondersteunen. Het is belangrijk dat patiënten van deze mogelijkheid en het belang ervan op de hoogte zijn.

Er is overigens een brochure ontwikkeld, bedoeld voor personen die opgenomen zijn in een psychiatrisch ziekenhuis, maar ook voor hulpverleners en familieleden. Alle voorzieningen worden aangemoedigd om deze brochure, als werkinstrument met verstaanbare basisinformatie, systematisch te gebruiken. De voorzieningen die deze brochure spontaan aanbieden aan alle patiënten in een gedwongen opname zijn zeer positief over de resultaten en de reacties van patiënten. Het aantal

aanmeldingen bij de ombudspersonen gerelateerd aan de gedwongen opname nemen in deze voorzieningen duidelijk af. Deze brochure kan je bestellen via de site www.ombudsfunctieggz.be.

Mag de hulpverlener zomaar met mijn familie praten? Een veel gehoorde vraag. De patiënt heeft recht op respect voor zijn intimiteit en bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer. Enkel met het akkoord van de patiënt kan de betrokken



(S)experimenteren met grenzen

Seksueel grensoverschrijdend gedrag bij jongeren in beeld gebracht

beroepsbeoefenaar informatie verstrekken aan familie of betrokken derden rond de behandeling en zorg. Het aanduiden van een vertrouwenspersoon door de patiënt in het kader van de wet op de patiëntenrechten kan de vertrouwensrelatie tussen de hulpverlener en de patiënt ten goede komen. Zodoende is er immers een wettelijke kader waarbinnen informatie kan uitgewisseld worden met familieleden, betrokkenen, ... De vertrouwenspersoon kan de patiënt bijstaan bij het verkrijgen van de informatie omtrent zijn gezondheidstoestand, bij de inzage van zijn patiëntendossier en bij het bekomen van een afschrift ervan.

In de praktijk ervaart de patiënt regelmatig dat hij én tegen zijn wil wordt opgenomen én tegen zijn wil wordt behandeld. Dwangmedicatie en dwangbehandeling worden als een vanzelfsprekend onderdeel van de gedwongen opname gezien. Tot op heden impliceert een gedwongen opname echter geen gedwongen behandeling. Niettegenstaande is het in de praktijk soms noodzakelijk dat een behandeling wordt opgestart, met de nodige voorzichtigheid en steeds in overleg met de patiënt. De impact van een behandeling is altijd ingrijpend voor een patiënt. Wanneer de patiënt de bereidwilligheid heeft om zijn behandeling te aanvaarden en blijvend voort te zetten, wordt vaak geen verlenging van de beschermingsmaatregel opgelegd en deze omgezet naar verder verblijf in een nazorgcontract in een thuisituatie. Daarnaast heeft de patiënt nood aan een debriefing en dit vooral na een ingrijpende en bijna standaard behandeling als een isolatie en fixatie bij de gedwongen opname.

Patiënten klagen ook vaak dat zij

weinig zicht hebben op de duur van hun verblijf en de kostprijs van hun behandeling. Sommige patiënten verkiezen een andere arts of ziekenhuis. Hun opname is via een Proces Verbaal geregeld en vaak het gevolg van een spoedprocedure. De patiënt is dan ook niet in de mogelijkheid om zich te bevragen en om zijn wensen kenbaar te maken.

Samen met de gedwongen opname wordt de autonomie van de patiënt veelal op een laag pitje gezet. Patiënten maken zich zorgen over hun thuis- en leefsituatie of tewerkstelling. Beroepsbeoefenaars verwachten dat de patiënt zijn leven buiten de voorziening uit handen geeft en eerst "goed voor zichzelf zorgt". De patiënten die hiermee akkoord gaan of dit proberen te doen, verwachten dan ook dat de hulpverleners dit correct en zorgzaam overnemen. Anderen wensen betrokken te blijven en niet geconfronteerd te worden met goed bedoelende beslissingen die boven hun hoofd genomen worden.

Naast het ter beschikking stellen van een eenduidige informatie over de

gedwongen opname, het respectvol naleven van de rechten van de patiënt is het ook belangrijk dat de hulpverlener en patiënt mekaar blijven uitnodigen tot dialoog.

Externe ombudsfunctie

(Ex-)patiënten of gebruikers van de voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg kunnen bij de ombudsfunctie terecht met vragen en klachten i.v.m. hun opname, behandeling verblijf of ontslag.

Ingrid Meuwis
gsm 0494 30 48 33
tel. 0800 99 395 (gratis)
ingrid.meuwis@ombudsfunctieggz.be

Marlies Thonnon
Gsm 0495 57 44 33
tel. 0800 99 395 (gratis)
marlies.thonnon@ombudsfunctieggz.be



Leven we in een maatschappij waarin waarden en normen steeds meer vervagen? Wat zijn grenzen?

Geoffry, een 15 jarige jongen, zwakbegaafd (TIQ:56), wordt opgepakt door de politie en doorverwezen naar het Centrum Algemeen Welzijn (CAW). Geoffry start op vrijwillige basis een begeleiding op het CAW. Redelijk snel is er herval van aanranding van de eerbaarheid ten aanzien van een onbekende. Via het parket komt zijn dossier terecht bij de jeugdrechtbank. De jeugdrechtbank legt hem een leerproject 'seksualiteit en relaties in balans' op. Hij krijgt twee begeleiders toegewezen bij het Bureau Alternatieve Afhandeling Limburg (BAAL). Tijdens zijn traject wordt er door de begeleiders van BAAL een kinderpsychiatrisch consult aangevraagd. De kinderpsychiater start medicatie om zijn impulsen te kunnen controleren en volgt hem ambulantly mee op. Geoffry loopt school binnen het Buitengewoon onderwijs, maar ook daar loopt het niet makkelijk. Vanuit BAAL houden ze een gesprek op school om mee te zorgen dat hij dit kan blijven volgen.

Zijn traject is afgerond, maar Geoffry kiest ervoor om vrijwillig te blijven komen bij BAAL. Hij is dan reeds drie jaar in begeleiding op BAAL. Ondertussen pleegt hij opnieuw feiten, niet enkel meer van seksuele aard maar ook kleine criminaliteit (stelen, inbraak,..). Vanuit BAAL hebben ze Geoffry doorverwezen naar begeleiding door het daderteam van Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg (VGGZ). Deze begeleiding is nog niet effectief gestart maar de doorverwijzing is doorgesproken met



ouders, Geoffry en het team van VGGZ. Geoffry is momenteel aan het werk wat enige stabiliteit geeft. Hij kan begeleiding gebruiken omdat deze jongen erg beïnvloedbaar blijft door zijn zwakke eigen identiteit. Vanuit BAAL laten ze Geoffry pas los nadat ze samen op intake zijn geweest op VGGZ.

Verschillen onze jongeren nu veel van jongeren van vroeger? Hoe wordt er naar grenzen gezocht? Op welke manier pas je je aanpak aan jongeren met een verstandelijke beperking?

Dirk, een 16 jarige jongen wordt aangemeld op het CAW door een Medisch Pedagogisch Instituut (MPI). Dirk kwam zelf met een hulpvraag: hij had last van seksuele gedachten en fantasieën over kinderen. Hij vond dit zelf niet oké en wou dat hier iets mee gedaan werd. In het verleden had hij ook al seksueel grensoverschrijdend gedrag gepleegd op zijn jongere broertje.

Dirk kwam wekelijks op gesprek en kon goed praten over seksualiteit en gevoelens. De mentoren op school en in de leefgroep volgden hem op de voet op. Regelmatig was er overleg of ruimte voor tussentijdse evaluaties. Bezorgdheden vanuit de ouders of begeleiding konden steeds gemeld worden en vice versa. Dirk had al een hele weg afgelegd totdat hij uiteindelijk toch hervallen is. Tijdens de vakantieopvang had hij nieuwe feiten gepleegd, vertelde hij aan de begeleiding van het CAW. Meteen werd beslist dat de begeleiding van het MPI en de ouders hiervan op de hoogte moesten zijn. Een overleg werd ingepland. Er werden nieuwe afspraken gemaakt, de school en leefgroep gingen een striktere controle toepassen. Thuis werden ook heel wat vrijheden ingeperkt. Dirk werd voortdurend seksueel geprikkeld en moest heel hard zijn best doen om niet over de grens te gaan. Met dit in het achterhoofd, werd een kinderpsychiater



het nichtje gebeurd is weet hij niet, hij was niet verliefd op haar en vond haar ook niet speciaal aantrekkelijk.

Wanneer is experimenteren leuk en wanneer is het "erover"? Hoe pak je (een vermoeden van) SGG (seksueel grensoverschrijdend gedrag) aan als hulpverlener, maar ook als team? Kan je herstelgericht of enkel belerend werken?

Joeri, een 13 jarige jonge, heeft seksueel grensoverschrijdend gedrag gepleegd naar jongens in de leefgroep. Dit varieert van seksueel getinte uitspraken en seksuele voorstellen naar andere kinderen toe tot effectief seksuele contacten met verschillende leeftijdsgenoten, Recent vond een busincident plaats waarbij hij zijn broek heeft moeten uitdoen op de bus (klasgenoten dreigden hem neer te steken indien hij dit niet zou doen). Joeri heeft inzicht dat dit gedrag een probleem is en stemt in tot begeleiding. Tijdens de intake op het CAW zijn vader en leefgroepbegeleiding mee aanwezig. Joeri heeft een hulpverleningsgeschiedenis binnen VAPH en GGZ. Moeder heeft een afhankelijkheidsproblematiek. Naar vader toe is hij erg loyaal. De begeleiding op het CAW kent een moeizaam verloop, hij vertelt onrealistische dingen en benoemt die dan als grapjes. Ook deze uitspraken zijn seksueel getint. Na twee jaar begeleiding stelt men vast dat er geen seksueel grensoverschrijdend gedrag meer wordt gesteld maar dat er op school en in de leefgroep af en toe agressie incidenten voorvallen. Het positieve is dat Joeri meer kan spreken over zijn gevoelens en zijn frustraties kan benoemen. De begeleiding blijft doorlopen.



trisch consult aangevraagd. Vanuit het CAW ging men mee op gesprek om de jongen zijn situatie en hulpvraag uit te leggen. Op voorhand was met Dirk uitgebreid besproken wat belangrijk was om te vertellen. Sindsdien is er medicatie opgestart en voelt hij zich veel beter. De gedachten staan meer op de achtergrond, en hij voelt zich minder onrustig. De begeleiding op het CAW zal nog een hele tijd verder lopen. Het is belangrijk dat Dirk van dichtbij opgevolgd wordt, zowel thuis als op school, in de leefgroep als in therapie.

Hoe manifesteren jongeren zich binnen de evoluties in de wereld van digitale media? Hoe gaan we hiermee om? Verschillen jongeren van volwassenen in het omgaan met seksualiteit?

De grootouders van Jasper (14 jaar) komen op gesprek bij het CAW, ze hadden reeds bij verschillende diensten aangeklopt voor hulp omdat Jasper seksueel grensoverschrijdend gedrag heeft gesteld naar zijn nichtje (6 jaar) Er volgt eerst nog een gesprek op het vertrouwenscentrum kindermishandeling Limburg (VK) om tot afspraken te komen rond de kleinkinderen. Zij mogen enkel nog op bezoek komen als Jasper er niet is. Jasper is een KOPP kind (kind van ouders met een psychiatrische problematiek) en krijgt thuisbegeleiding omwille van zijn autismeproblematiek. Jasper krijgt medicatie en wordt hiervoor opgevolgd door een kinderpsychiater. Hij heeft sporadische contacten met zijn moeder. Er

wordt een klacht ingediend en Jasper krijgt opgelegde begeleiding op het CAW en verder toezicht door de jeugdrechtbank. Jasper volgt ASO en behaalt goede resultaten. In zijn vrije tijd speelt hij Playstation, games en brengt hij veel tijd door op facebook . Tijdens de begeleiding vertrouwt hij toe dat hij nog geen relatie heeft gehad. Momenteel is Jasper verliefd op een meisje uit de klas, maar durft er niets tegen zeggen. Hij voelt zich aangetrokken tot zowel jongens als meisjes. Jasper voelt zich voor een deel verantwoordelijk voor het seksueel grensoverschrijdend gedrag dat hij bij zijn nichtje heeft gesteld maar voor een deel legt hij ook de verantwoordelijkheid bij het nichtje. Jasper is blij dat het nichtje de feiten verteld heeft, omdat hij nu hulp krijgt. Anderzijds vindt hij het jammer omdat er nu mensen kwaad op hem zijn. Waarom de feiten gebeurd zijn, weet hij niet. Ook waarom het met

Anderzijds werkt het ontmoeten van partners uit verschillende sectoren stimulerend om prille netwerken verder te kunnen uitbouwen. Medewerkers vanuit het HSD-team (hulpverlening seksueel delinquenten) van CAW Limburg, BAAL, VK vormen samen met medewerkers vanuit de residentiële en ambulante GGZ sector – zowel volwassen als kinderen- de leden van de werkgroep. SPIL neemt hier het voorzitterschap op. Tijdens de vergaderingen bleek dat het komen tot een visiebepaling toch niet zo evident is en dat er nog veel onbekendheid was naar het zorgaanbod in Limburg toe. De brainstorm ging van een vormingsnamiddag tot een studiedag en eindigde in de organisatie van een tweedaagse, het congres 'De (on)deugd van tegenwoordig' Samen werken rond seksueel grensoverschrijdend gedrag bij jongeren.

Zoals de casussen aantonen, hebben deze jongeren elk op zich een specifieke hulpvraag. Eén enkel antwoord op hun vraag is niet te geven, deze jongeren maken een proces mee van vallen en opstaan. Maar door krachten te bundelen, over de sectoren heen, kunnen ook deze jongeren werken aan hun toekomst. Het herstelgericht werken geeft hen perspectieven en kan hun zelfbeeld

versterken. Door in te zetten op zorg op maat bij kinderen en jongeren, het inzetten op preventie door te wijzen op de gevaren van het internet, het weerbaarder maken van kinderen en jongeren in deze maatschappij, hopen we dat ze kansen krijgen om terug te functioneren in deze maatschappij. Het uitbouwen van een vangnet voor jongeren maar ook voor hun omgeving maakt dat de taboe kan doorbroken worden om rond seksueel grensoverschrijdend gedrag te spreken en te werken.

Het congres heeft een aanzet gegeven om ook voor deze kwetsbare, specifieke doelgroep oog te hebben. De uitdaging voor de hulpverleners en de SPIL werkgroep is om ook zichtbare effecten te bekomen op het werkveld.

Indien u als dienst wenst aan te sluiten bij de 'werkgroep SGGJ -18' omdat u zich wil engageren om voor deze doelgroep mee tot gedragen zorgcircuits te komen, dan kan u steeds contact opnemen met SPIL.

*Veerle Umans
Stafmedewerker SPIL*

En de samenwerking rond 'Personen met verstandelijke beperking en psychische stoornis en/of ernstige gedragsproblemen'?



Reeds jarenlang organiseert SPIL overleg rond de doelgroep 'Personen met verstandelijke beperking en psychische stoornis en/of ernstige gedragsproblemen'. Recentelijk is er een informatienamiddag georganiseerd om iedereen te informeren rond het 'Gespecialiseerd oriënterings- en behandelaanbod voor personen met een verstandelijke beperking en psychische en/of ernstige gedragsproblemen in Limburg'. Dr. Marie-Paule Clerinx, reeds jarenlang voorzitter van de werkgroep rond deze doelgroep, leidde de informatienamiddag als volgt in:

"Beste mensen,

Het initiatief tot deze dag gaat uit van het samenwerkingsverband voor 'personen met verstandelijke beperking en psychische stoornis en/of ernstige gedragsproblemen'. Al jaren buigt deze groep zich, in de schoot van SPIL, over de zorgnoden van deze doelgroep. Het is immers een kwetsbare groep die minstens twee maal zoveel kans heeft op het ontwikkelen van een psychiatrische stoornis. Diagnostiek en behandeling voor deze doelgroep is complex. Het vraagt expertise vanuit twee verschillende sectoren: de sector geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptensector binnen welzijn. Zulke mix aan kennis over begeleiding en zorg lijkt eenvoudig, maar is dat niet.

Uit ervaring heb ik geleerd dat samen denken, spreken en samenwerken met partners van verschillende "huize" zeer belangrijk is, maar niet eenvoudig. Het vraagt om de ontwikkeling van een gemeenschappelijke taal, om het begrijpen van elkaars gevoeligheden in het verlenen van zorg, om het respecteren van elkaars waarden en last but not least om de bereidheid om van elkaar te leren. Valkuilen zijn er genoeg en we zien altijd beter die van de ander dan

die van onszelf. Respectvol omgaan met een volwassene die zich op een kinderlijke manier presenteert, is voor veel hulpverleners een leertraject. De beslissing tussen gedragsverandering nastreven aan de ene kant, of

het accepteren van het anders zijn, is vaak niet eenvoudig. Slaan we de bal mis, dan verminderen we in beide gevallen de ontwikkelingsmogelijkheden en de levenskwaliteit van onze "gast". Emancipatorisch werken? Of is er toch bij deze persoon overnemen en begrenzing nodig omwille van ernstige tekorten in coping? Vroeg of laat krijgen we allemaal te maken met dit soort dilemma's. Verre van het willen psychiatriseren van elk afwijkend of wat bizar gedrag, is het belangrijk om een goede inschatting te maken van wat er aan de hand is :

- is dit gedrag eigen aan de cognitieve of emotionele ontwikkelingsleeftijd of aan de aard van de beperking?

- is het stress-gerelateerd gedrag bij een kwetsbare persoon?
- is het symptoom van een psychiatrische stoornis die mogelijk op een minder specifieke manier tot uiting komt bij deze persoon met een verstandelijke beperking?

Een gespecialiseerd aanbod voor oriëntering, diagnostiek en behandeling voor psychische problemen bij personen met verstandelijke beperking wil hierbij hulp en ondersteuning bieden. Dit specialistisch aanbod is de laatste jaren zeker uitgebreid tot een heus zorgondersteunend netwerk voor deze doelgroep. Modules voor vraagverduidelijking en oriëntering, voor

ambulante begeleiding en behandeling, mobiele outreachfuncties en residentiële behandeling werden opgestart of verder ontwikkeld.

Deze namiddag willen de verschillende actoren zich aan u voorstellen. Onder auspiciën van SPIL, werd dit gespecialiseerd oriënterings- en behandelaanbod samengebracht in een handige folder. Deze folder brengt enkel de gespecialiseerde hulp bij elkaar en heeft niet de ambitie om de verschillende ondersteuningsvormen, dagopvang of verblijfsmogelijkheden voor deze groep in Limburg in kaart te brengen. In de folder wordt er dan ook terecht verwezen naar de sociale kaart voor dit ruimere, meer algemene aanbod.

We hopen dat de folder in combinatie met deze namiddag u van dienst kan zijn in het werken met deze doelgroep. Ik ga er vandaag niet meer de gelegenheid toe krijgen en daarom doe ik het nu. Een dikke merci voor al wie voor en achter de schermen, met veel of iets minder energie en enthousiasme, hieraan meegewerkt heeft en laat me toe vooral de deelnemers van de werkgroep te bedanken voor hun bijdrage, voor sommigen onder hen al jarenlang."

Voor meer informatie over de informatienamiddag, evenals de folder met een beschrijving van het 'Gespecialiseerd oriënterings- en behandelaanbod voor personen met een verstandelijke beperking en psychische en/of ernstige gedragsproblemen in Limburg' kan u contact opnemen met Bert Plessers
t 011 23 72 91
bert.plessers@limburg.be



Schakelteam 'voor geïnterneerden' als brug tussen justitie en zorg



De laatste jaren horen we meer en meer schrijnende verhalen over geïnterneerden die jarenlang opgesloten zitten in Belgische gevangenissen. Hiervoor werd de Belgische Staat reeds meerdere malen veroordeeld door het Europees Hof van de Rechten van de Mens wegens het niet verlenen van aangepaste behandeling/begeleiding aan geïnterneerden. Toch heeft de overheid de laatste jaren heel wat initiatieven genomen om deze situatie te verbeteren.

De federale overheid heeft **twee meerjarenplannen** ontwikkeld in functie van de uitbouw van een zorgtraject voor geïnterneerden. Doelstelling is de uitbouw van een volwaardige GGZ voor alle geïnterneerden met als uitgangspunten zorg op maat en continuïteit van zorg.

Het eerste meerjarenplan Onkelinx-Demotte van 2007 bracht de **drie pilootprojecten voor de medium risk geïnterneerden**, gestart in 2001, onder de bevoegdheid van volksgezondheid. De bestaande T-bedden kregen een upgrade en er werden, specifiek voor geïnterneerden, plaatsen gecreëerd in PVT (psychiatrisch verzorgingstehuis) en IBW (initiatieven beschut wonen).

In 2009 werd het tweede meerjarenplan Onkelinx-Vandeurzen in functie van de realisatie van een zorgtraject voor geïnterneerden goedgekeurd. Dit plan richt zich op geïnterneerden waarvoor een gepast aanbod gecreëerd en/of verder uitgebouwd moet worden. Aandacht ging uit naar de verschillende subdoelgroepen

binnen de doelgroep geïnterneerden, zoals seksuele delinquenten, geïnterneerden met een mentale beperking en geïnterneerden met een verslavingsproblematiek. Dit meerjarenplan bestaat uit vier fasen, waarvan tot op heden enkel de eerste fase voltooid is. Deze eerste fase focust op de seksuele delinquenten, waarvoor er plaatsen voorzien werden in PZ (psychiatrische ziekenhuizen), PVT en IBW. Momenteel wordt de tweede fase van dit meerjarenplan uitgevoerd. Deze uitvoeringsfase is drieledig en voorziet ten eerste in de aanstelling van **de netwerkcoördinatoren internering per hof van beroep**. Anneleen De Smedt is hierdoor in januari 2013 gestart als netwerkcoördinator internering voor het Hof van beroep van Antwerpen (provincies Antwerpen en Limburg). De omzendbrief van 31 oktober 2012, die deze nieuwe functie in het leven roept, stelt o.m. dat er een sturingscomité moet opgericht worden op niveau van het Hof van Beroep met alle partners van het netwerk, de coördinator extern zorgcircuit van justitie (zie verder) en de netwerkcoördinatoren 107. De opstart van mobiele equipes (zgn. **schakelteams** – zie verder) nemen hierin een voornaam plaats in. Tenslotte wordt er een **globaal plan voor geïnterneerden** naar de filosofie van de projecten 'artikel 107' (vijf functies) verwacht tegen 1 januari 2014. De inhoud van fase drie en vier van het federale meerjarenplan zijn momenteel nog onduidelijk.

Art. 120 van de Wet van 21 april 2007 betreffende de internering van personen met een geestesstoornis richt de functie van **coördinator extern zorgcircuit voor geïnterneerden** op. Hoewel deze wet nog steeds niet in voege is, zijn deze coördinatoren ondertussen een tweetal jaren actief. De netwerkcoördinatoren

internering vanuit FOD Volksgezondheid zullen in samenwerking met de coördinatoren extern zorgcircuit voor geïnterneerden vanuit Justitie de brug vormen tussen de GGZ en Justitie om de in- en doorstroom van geïnterneerden uit de gevangenissen naar het netwerk van GGZ-voorzieningen te realiseren en op te volgen. Het zorgtraject voor forensisch psychiatrische patiënten moet beschouwd worden als onderdeel van GGZ-zorgprogramma voor volwassenen. Voor het werkingsgebied Antwerpen en Limburg werd Annemie Deckers in mei 2011 aangesteld als coördinator extern zorgcircuit voor geïnterneerden vanuit justitie. De netwerkcoördinatoren nemen in de uitvoering van het meerjarenplan een faciliterende, verbindende rol op tussen diverse zorgpartners en overheden. Een sleutel tot een succesvolle doorstroming is het slaan van bruggen tussen de verschillende modules van het zorgcircuit en het optimaal gebruiken van de bestaande mensen en middelen.

De oprichting van een **mobiel team** is het afgelopen half jaar een prioritair thema geweest binnen de netwerkcoördinatie internering. De overheid voorziet in een jaarlijks budget voor vier voltijdse medewerkers en 10 uren psychiatertijd per hof van beroep. In de interprovinciale stuurgroep 'zorg aan geïnterneerden' werd een model uitgewerkt om zo efficiënt mogelijk een brug te slaan tussen enerzijds de categorale zorg en de reguliere zorg en anderzijds tussen zorg en justitie, rekening houdend met de grootte van het werkingsgebied Antwerpen en Limburg.

Het mobiele team werd in Vlaanderen omgedoopt tot '**schakelteam**' omdat deze benaming meer de lading dekt. De naam 'mobiel team' zorgde

immers voor verwarring op de werkvloer. Het schakelteam onderscheidt zich van de mobiele 2A en 2B-teams binnen de netwerken 107, alsook van de outreacheteams die opgericht zijn binnen de bestaande forensische zorgcircuits.

Model schakelteam Antwerpen en Limburg

In het kader van de hervorming GGZ is het noodzakelijk dat er aansluiting gevonden wordt met de bestaande regionale netwerken. In de provincie Limburg zijn er twee regionale netwerken, m.n. **Noolim** en **Reling**, uitgebouwd. De provincie Antwerpen telt eveneens twee netwerken, m.n. **SaRa** (arrondissement Antwerpen) en **GGZ Kempen** (arrondissement Turnhout). In het Arrondissement Mechelen bestaat er geen officieel "netwerk 107". Toch hebben hier de verschillende partners zich gegroepeerd om de GGZ te hervormen o.b.v. de vijf functies binnen de projecten 'Artikel 107' onder de naam **GGalimero – club 107**.

Het schakelteam bestaat in de opstartfase uit **vier schakelteamleden**, die toegevoegd worden aan de vier officiële 107 netwerken. Deze vier schakelteamleden vormen samen met de psychiater en de netwerkcoördinator internering, het schakelteam Antwerpen/Limburg. Hun standplaats is gelokaliseerd binnen de regio van het 107 netwerk, nl. OPZC Rekem (Noolim), VGGZ Hasselt (Reling), OPZ

Geel (GGZ Kempen) en CGG Vagga Berchem (SaRa).

De taak van het schakelteamlid is zowel casusgericht als beleidsmatig. Ze kan verschillend ingevuld worden afhankelijk van het betrokken netwerk 107. De netwerkcoördinator internering gaat samen met het schakelteamlid en de netwerkcoördinator 107 na hoe hij de opdracht het best ingevuld wordt. Belangrijk is dat er ten volle rekening gehouden wordt met de draagkracht en de ontwikkeling van de pas opgestarte netwerken. Het schakelteam faciliteert de in-, uit- en doorstroom van geïnterneerden in het zorglandschap en werkt 'op vraag' van justitie en van het netwerk. Het schakelteamlid fungeert als contactpersoon binnen het netwerk. Er zal vanaf volgend jaar ook gewerkt worden met een **centraal Vlaams aanmeldingspunt** (www.schakelteams.be), hetgeen nu nog in volle ontwikkeling is.

Naast de oprichting van de schakelteams voorziet FOD Volksgezondheid een budget voor **verbeterprojecten**. Ook deze projecten focussen op de uitbouw van een optimaal zorgtraject voor geïnterneerden, afhankelijk van de noden binnen het werkingsgebied van de Hoven van Beroep. Deze projecten zijn een volgende stap in de uitbouw van een volwaardig zorgtraject voor geïnterneerden.

Ondertussen is het schakelteam Antwerpen en Limburg samenge-

steld. Binnenkort (december/januari) zal er aan elk netwerk 107 in Antwerpen en Limburg een schakelteamlid internering toegevoegd zijn. De schakelteams zijn pilootprojecten waarin heel wat groeimogelijkheden verscholen zitten. Aangezien de 107 netwerken zelf recent opgestart zijn, is het belangrijk dat samen het proces aangegaan wordt. Geïnterneerden hebben immers, net als alle andere psychiatrische patiënten, recht op een menswaardige behandeling en/of begeleiding.

Contactgegevens:

Anneleen De Smedt, netwerkcoördinator internering vanuit Volksgezondheid.
anneleen.desmedt@opzcrekem.be
t 089 84 73 09 - gsm 0490 65 44 30

Annemie Deckers, coördinator extern zorgcircuit voor geïnterneerden vanuit Justitie
annemie.deckers@just.fgov.be
gsm 0485 53 54 92



