



Het Mobiel Team GGz Leuven

NETWERK: Leuven

CONTACT PERSOON: Kaat Ghyselen

TELEFOON: 0479 75 01 02

MAIL: kaat.ghyselen@dehulster.be

Het Mobiel Team werd opgericht voor het invullen van GGz Functie 2b in zorgregio's Leuven, Tienen, Diest, Aarschot en Tervuren. De verschillen tussen deze zorgregio's zijn groot. Vijf generalistische teams, sterk verschillend in grootte, werden opgericht om specialistische, vraaggestuurde zorg te bieden aan 4100 personen met een ernstige psychische aandoening. Bij elke interventie focussen deze teams op herstel, rehabilitatie, en het zorgnetwerk, met inzet van ervaringsdeskundigheid, gedeelde caseload en herstelbevorderende instrumenten. Daarbij werken ze structureel samen met talrijke welzijns- en eerstelijnsorganisaties en ze beschouwen familie als een volwaardige zorgpartner. Voor cliënten met een persoonlijkheidsproblematiek en zorgmijdende cliënten werden aanvullende projecten ontwikkeld.

Cette équipe mobile a vu le jour dans le cadre de la fonction 2b dans les bassins de soins de Leuven, Tirlemont, Diest, Aarschot et Tervuren. Les différences entre ces bassins sont importantes. Cinq équipes généralistes, de tailles très différentes, ont été constituées pour offrir des soins spécialisés, centrés sur la demande, à 4100 personnes présentant une problématique psychique grave. À chaque intervention, ces équipes se focalisent sur le rétablissement, la réhabilitation et le réseau de soins, en faisant appel à l'expérience d'(ex-) usagers, à un case-load partagé et à des outils qui favorisent le rétablissement. Elles collaborent, de façon structurelle, avec les nombreux services d'aide sociale et les organisations de première ligne, et considèrent la famille comme un partenaire à part entière du processus de soins. D'autres projets ont été développés à l'attention des usagers qui présentent un trouble de la personnalité et pour ceux qui refusent de se faire soigner.

1. Projectregio

De projectpromotoren van Vlaams-Brabant bakenden twee afzonderlijke werkgebieden af. De vijf zorgregio's van arrondissement Leuven vormen samen één projectregio: Aarschot, Diest, Tienen, Leuven en Tervuren. Deze zorgregio's omvatten alle 30 gemeenten van arrondissement Leuven plus vijf gemeenten van arrondissement Halle-Vilvoorde. De projectregio omvat een gebied van 1302 km² met een bevolkingsdichtheid van 300 inwoners/km², waarvan 257.188 personen op actieve leeftijd (15 tot 64 jaar).

De verschillen tussen de zorgregio's zijn groot, zowel op demografisch vlak als in aanwezigheid van GGZ- en eerstelijnsvoorzieningen. Zo is de bevolkingsdichtheid van zorgregio Leuven meer dan het dubbele van zorgregio Tienen (351 vs. 164 inwoners/km²). De werkzaamheidsgraad is het grootst in Tienen (70%) en het kleinst in Tervuren (58%). Meer dan de helft van alle psychiatrische

ziekenhuizen en eerstelijnsorganisaties in de projectregio zijn gevestigd in zorgregio Leuven; terwijl Aarschot en Tervuren voor een psychiatrisch ziekenhuis afhankelijk zijn van andere zorgregio's.

2. Functie en uitrol

Met het Mobiel Team GGZ (MT) zetten de promotoren in op GGZ Functie 2b: mobiele behandelteams die langdurig zorg aanbieden en zich verplaatsen naar waar de zorgvrager zich bevindt. Er werd gekozen om een aanbod uit te werken voor de doelgroep met een Ernstige Psychiatrische Aandoening (EPA) (Delespaul, 2013), die traditioneel vaak in de kou blijft staan. Van een EPA is sprake bij ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren ten gevolge (en als oorzaak) van een langdurige psychiatrische stoornis. Met een EPA prevalentie van 1,05% (Delespaul, 2013) schatten we de doelgroep van de MT's in de projectregio op 4100 personen.

Projectgroep. Voor de ontwikkeling en uitrol van de mobiele teams werd een projectgroep samengesteld die bestond uit de (toekomstige) teamleiders, netwerkcoördinatoren, patiëntenvertegenwoordigers, en vertegenwoordigers van de lokale GGZ-actoren per zorgregio. Deze laatsten werden later aangesteld tot 'operationeel coördinator': aanspreekpunt voor de netwerkcoördinatoren en verantwoordelijk voor de implementatie van MT's en andere GGZ-projecten in de zorgregio's. De ontwikkelingen van het zorgmodel en de vorderingen van implementatie werden regelmatig gerapporteerd aan en goedgekeurd door de stuurgroep, waarin naast vertegenwoordigers van de ziekenhuizen (die via de afbouw van bedden zorgden voor het merendeel van het personeel) en andere GGZ-voorzieningen ook vertegenwoordigers van familievereniging Similes en stakeholders vanwege de eerstelijnspartners aanwezig waren.

Verschillen op het terrein. Er werden evenveel MT's opgericht als er zorgregio's zijn, maar de grootte van de teams was afhankelijk van de financiële mogelijkheden van de lokale GGZ-voorzieningen, met name psychiatrische ziekenhuizen en CGG's. Zo varieerde de bezetting van de teams van 2,5 tot 11 VTE. In elke regio werd personeel van psychiatrische thuiszorgteams geïntegreerd in de MT's.

Na de opstart is door teams en netwerkcoördinatoren intensief gewerkt aan bekendmaking en inbedding van de mobiele teams binnen het bestaande lokale netwerk van voorzieningen en diensten. In de afstemming met de eerstelijns heeft vzw GOAL een centrale rol gespeeld als samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg en geïntegreerde dienst thuiszorg (SEL/GDT).

3. Ontwikkeling van het MT-model

Voor het invullen van het MT koos de projectgroep voor het flexibele ACT-model of FACT (Van Veldhuyzen & Bähler, 2008; van Weeghel, 2008) dat een combinatie is van het klassieke individuele casemanagement en Assertive Community Treatment (ACT) voor personen met een EPA (Stein & Test, 1980). Dit model beschrijft de organisatie van een behandelteam dat zorg biedt op de plaats waar cliënten verblijven en zeer flexibel kan inspelen op de wisselende noden van de doelgroep (Pieters, 1990; Stein & Test, 1985). Belangrijke elementen daarbij zijn: integrale zorg, outreachende contacten, multidisciplinaire samenstelling van het team inclusief psychiater, gedeelde maar beperkte caseload (max. 20 cliënten/VTE), en een dagelijkse werkplanning voor cliënten met tijdelijk opgeschaalde zorg.

De projectgroep koos nadrukkelijk voor een drievoudige focus: een combinatie van herstelondersteunende zorg en rehabilitatie, en dit zoveel mogelijk ingebed in het specifieke lokale zorgaanbod. Deze drievoudige focus geeft als leidend principe vorm aan elke MT-interventie, inbegrepen medische en psychologische behandeling. Daarbij werden volgende zes elementen geïmplementeerd.

3.1 Generalistisch aanbod en bijzondere doelgroepen

De projectgroep koos er voor om het MT aan te bieden aan alle personen met een EPA in de regio, met als enige randvoorwaarden: dat de cliënt bij aanmelding tussen 16 en 65 jaar oud is, en dat voor de cliënt niet reeds een ander, meer gepaste aanbod werd ontwikkeld. Door een outreachend aanbod in te richten zonder verdere categorisering van de doelgroep EPA, dienden de MT's een zorg- en behandelaanbod te ontwikkelen voor erg uiteenlopende problematieken. Een vraaggestuurde zorg, op aansturen van de cliënt, vormt daarbij de basislijn. Gaandeweg bleek één generalistische benadering voor een grote diversiteit aan psychische problematieken, haar grenzen te kennen. Daarom werden enkele afzonderlijke teams opgericht.

Persoonlijkheidsstoornissen. Reeds vroeg in het project werd het MT Onderweg opgericht, gespecialiseerd in de zorg voor personen met een persoonlijkheidsstoornis en een hoge mate van demoralisering. Het MT Onderweg hanteert daarbij het behandelkader van de dialectische gedragstherapie. Dit behandelkader is gebaseerd op de principes van acceptatie en validatie waarbij de cliënt expert is van zijn eigen leven (Linehan, 1993; Meijer & van den Bosch, 2011) en past dus binnen de drievoudige focus van het MT-model. Het zorgmodel van het MT Onderweg verschilt van de andere MT's in die zin dat bij crisis de zorg niet noodzakelijkerwijze opgeschaald wordt. Deze doelgroep vereist van teamleden het bewust kunnen wisselen tussen oplossingsgerichte interventies en het accepteren van de situatie zoals die is, alsook het spreken over (para)suïcidaal gedrag tijdens de huisbezoeken als prioritair thema omdat dit bovenaan de hiërarchie staat.

Aanklampende zorg. Een aantal personen met EPA is erg selectief bij de keuze van zorg; zij verwachten van de GGZ geen zinvolle hulp meer en vermijden deze (Brankaer, Hubar, Jaspers, & Pieters, 2014; Doedens, Meulders, & Knibbe, 2004). Om met deze cliënten een samenwerking aan te gaan, dienden de MT's een aanklampend zorgaanbod te ontwikkelen. Aanklampende zorg binnen de MT's vraagt een specifieke, laagdrempelige benadering van cliënten waarbij de principes van de reguliere FACT-werking aangepast dienen te worden. In de fase van contactname is de presentiebenadering (Baart, 2001) en de motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick, 1991) aangewezen. Het stappenmodel bij aanklampende zorg (Van de Lindt, 2000) kan richtinggevend zijn om te komen tot een werkrelatie.

Een deel van de zorgmijdende personen met EPA heeft geen dak boven het hoofd. Daarom werd na één jaar een afzonderlijk project voor deze doelgroep opgestart door de Koning Boudewijn Stichting, CAW, OCMW, Stad Leuven en één MT. Het opzet was tweevoudig: enerzijds deze mensen toeleiden tot aangepaste zorg binnen de GGZ – waar aangewezen het MT – en anderzijds het ondersteunen van het netwerk rond de cliënt waarbij met intervisie en vorming. Twee jaar later werd dit project ingebed in de werking van de Leuvense MT's, gefinancierd door het OCMW. Een structurele samenwerking van MT, CAW en OCMW zorgt ervoor dat de cliëntengroep gedragen wordt door

meerdere instanties en de druk op één instantie afneemt. Afzonderlijke projecten aanklampende zorg worden daarbij best ingebed in een MT om een vlotte doorstroom te garanderen.

Wanneer aanklampende zorg geïntegreerd wordt in de werking van het MT, dient de motivatie van elke cliënt vanaf aanmelding ingeschat, zodat voor elke cliënt een gepaste toenadering kan worden ingericht. Psychische problemen en het GGZ-aanbod worden best vermeden als thema in de vroegste fasen. Het is tegenaangewezen om de cliënt bij aanvang te benaderen met toestemmingsformulieren tot samenwerking en overleg met het netwerk.

Indicatoren en aanbevelingen. Belangrijke indicatoren voor een geslaagd EPA-zorgaanbod zijn: minder residentiële opnames, kortere residentiële opnames, minder (para)suïcidaal gedrag, minder kwaliteit-van-leven-verlagend gedrag zoals het plots verbreken van belangrijke relaties, hogere scores op kwaliteit-van-leven metingen (zoals bvb. MANSA en HoNOS). Het aantal hechte relaties die cliënten kunnen aangaan, lijkt tevens richtinggevend te zijn.

Een wekelijkse intervisie met het team laat toe om het effect te bekijken van het gedrag van cliënten op de interventies van de begeleider. Op deze manier kan de begeleider binnen deze veilige context meer zicht krijgen op o.m. blinde vlekken en kan de draagkracht van het team vergroot worden.

3.2 Professionele zorgpartners

Het Nederlandse FACT-team neemt nagenoeg de volledige somatische, sociaal-administratieve en psychische zorg op voor haar cliënten, in samenwerking met het natuurlijke netwerk van de cliënt. In Vlaanderen bestond reeds de traditie van de pilootprojecten 'psychiatrische zorg in de thuissituatie', waarbij reeds een goede samenwerking ontwikkeld werd met welzijnsvoorzieningen en lokale eerstelijns werkers. Daarbij was steeds een grote bereidheid bij deze partners om mee de zorg voor mensen met psychiatrische problemen op te nemen. Deze kostbare samenwerkingsverbanden werden integraal ingezet en uitgebreid, om zo een gedeelde zorg te realiseren met een vlotte beweging tussen de eerste lijn en de MT's. Daarnaast worden de psychiatrische ziekenhuizen actiever betrokken in deze samenwerking, door het aanbod van een crisisbed en bed op recept, waarbij de regie van de zorg voornamelijk bij het MT en de cliënt blijft gesitueerd.

Deze samenwerking heeft plaats op verschillende niveau's:

1. De MT-medewerker kan de rol van 'zorgbemiddelaar' opnemen, en organiseert regelmatig een overleg met alle zorgpartners, inbegrepen familie. De meest geformaliseerde vorm van zorgoverleg is het MDO-psy (Multi Disciplinair Overleg voor de psychiatrische patiënt), gestoeld op de MDO's die in de eerstelijns gangbaar zijn.
2. Op niveau van de zorgregio wordt met de lokale welzijns-, eerstelijns- en GGZ-voorzieningen vanuit casusbesprekingen gekeken hoe we de zorg beter op elkaar kunnen afstemmen en waar de knelpunten en leemtes zitten. De MT's hebben ook hun plaats gekregen in de subregionale deelwerkingen van SEL/GDT GOAL, om rechtstreeks in dialoog te treden met de eerstelijnsorganisaties.
3. De bevindingen in de eigen zorgregio worden steeds meegebracht naar de project- en beleidsgroep, waar men de ontwikkeling van de MT's en andere projecten bijstuurt

volgens volgende consensus: Elke cliënt binnen de projectregio moet toegang krijgen tot de GGZ die voor hem of haar het meest aangewezen is. De zorg moet 'vraaggestuurd' zijn, inspelen op de noden van individuen of doelgroepen, en flexibel zijn, met variatie in intensiteit en aanbod.

Indicatoren en aanbevelingen. Relevante indicatoren voor een goede samenwerking met hulpverleners zijn het aantal (formele en informele) overlegmomenten met het individuele zorgnetwerk, het aantal betrokken zorgpartners, en de betrokkenheid van cruciale partners zoals de huisarts.

Het is cruciaal dat teamleden steeds uit gaan van de wensen en noden van de cliënt en dat ze samen met cliënt, omgeving en andere hulpverleners zoeken naar een gezamenlijk gedragen doelstelling en aanpak.

Andere hulpverleners zijn erg bereid om te werken met personen met EPA, maar voelen zich vaak onzeker. Het is belangrijk hen de nodige ondersteuning te bieden, onder andere in de bestaande overlegstructuren in het zorglandschap.

3.3 Familie

Binnen de werking van het MT wordt als uitgangspunt gehanteerd dat familieleden partners zijn in de zorg voor de cliënt (Fox, Knooren, Melman-de Rijcke, Schalken, & Wittenberg, 2009; Van De Bovenkamp & Trappenburg, 2009; van Erp, Place, & Michon, 2009). Tijdens de dagelijkse werkplanning en in behandelplanbesprekingen hebben we systematisch aandacht voor de familiale context. Aan de cliënt wordt dit uitgangspunt al van bij de intake uitgelegd. Zonder weigering door de cliënt wordt binnen de drie eerste maanden van de begeleiding de familie uitgenodigd voor een kennismakingsgesprek bij de cliënt thuis in zijn aanwezigheid.

Tijdens het ontmoeten van de familie betrekken we hen actief in het begeleidingsproces en trachten we zicht te krijgen op hun individuele vragen en noden. Aan een deel van de noden kunnen we zelf tegemoetkomen; als er meer nodig is, kan er ook een doorverwijzing volgen, zoals naar lotgenotenvereniging Similes naar ambulante psychotherapie of gezinstherapie. Daarnaast wordt bij het organiseren van een MDO-psy de familie, indien mogelijk, altijd betrokken.

Het belangrijkste knelpunt is dat sommige patiënten geen toestemming geven om familieleden te betrekken in het begeleidingsproces. In dat geval blijft het team dit thema op geregelde tijdstippen op de agenda zetten, in de hoop dat dit op een later moment toch mogelijk wordt. Soms is het betrekken van de familie niet aangewezen (bijvoorbeeld bij intrafamiliaal trauma zoals incest). Deze uitzonderingen worden bekeken tijdens behandelplanbesprekingen en gebeuren altijd in overleg met de psychiater van het team.

Familie-ervaringsdeskundige. Als bijkomende ondersteuning voor familieleden betrokken enkele teams een familie-ervaringsdeskundige (FED) in de werking. Om de twee maanden wordt een intervisie van teamleden met de FED georganiseerd, waarin casussen kunnen worden voorgelegd. De FED gaat soms ook in gesprek met familieleden van MT-cliënten. In dat geval is de cliënt hierbij

niet aanwezig, maar moet er wel een akkoord zijn van de cliënt. De FED concentreert zich op het herstelproces van familieleden door het bieden van een luisterend oor en het geven van getuigenis; de FED speelt niet de rol van bemiddelaar.

Indicatoren en aanbevelingen. Mogelijke indicatoren voor het evalueren van de familiewerking zijn het percentage kennismakingen met familieleden binnen de vooropgestelde termijn van 3 maanden tegenover het percentage van niet-bereikte familieleden.

Aangezien cliënten vaak aarzelen om familie te betrekken, zeker bij de start van een nieuwe zorgrelatie, is het aan te raden om het betrekken van familie te introduceren als ‘onze manier van werken’ – eerder dan de keuze te benadrukken. Het is verder handig om voor familieleden een aparte folder beschikbaar te stellen met uitleg over de werking.

3.4 Ervaringsdeskundigen

De ervaringsdeskundige heeft zelf ervaring opgedaan met geestelijke gezondheidsproblemen en hier afstand van genomen om deze kennis bewust in te zetten in de hulpverlening aan anderen in gelijkaardige situaties (Repper & Carter, 2011; Van Veldhuyzen & Bähler, 2008). Een ervaringsdeskundige fungeert als tolk en geweten binnen het team (Plooy, 2007). Hij gaat samen met de cliënt in dialoog met de hulpverleners om het inzicht in de individuele cliëntsituatie te verhogen. Daarnaast bewaakt hij of er geen beslissingen worden genomen zonder de betrokkenheid van de cliënt (Boertien & van Bakel, 2012).

Integratie. Niet elk team is erin geslaagd om ervaringsdeskundigheid te integreren. In sommige teams werd uit praktische of financiële overwegingen nog geen ervaringsdeskundige aangesteld. In teams waar wel een ervaringsdeskundige werd aangesteld, is deze geheel geïntegreerd in de dagelijkse werking. De praktijk leert dat het werken met een ervaringsdeskundige als bijzonder positief wordt ervaren, zowel door teamleden als door cliënten. Voor de teamleden betekent het een verruiming van hun perspectief als hulpverlener, om zich niet boven de cliënt te profileren maar naast de cliënt te staan in zijn herstelproces. Door de contacten met de ervaringsdeskundige, wordt de cliënt uitgedaagd om af te stappen van zijn afhankelijkheidspositie, en in dialoog met hulpverleners op zoek te gaan naar de eigen krachten voor herstel.

Aanbevelingen. De ervaringsdeskundige is een volwaardig en evenwaardig lid van het team. Een achtergrond of diploma als hulpverlener is hierbij geen vereiste. Een opleiding tot ervaringsdeskundige is een meerwaarde. Het is aan te bevelen om het team goed voor te bereiden, de taken van de ervaringsdeskundige duidelijk te omschrijven, en de benodigde competenties te bepalen (van Bakel et al., 2013).

De ervaringsdeskundige bewaakt dat de hulpverleners niet in een ‘te betuttelende rol’ staan ten opzichte van de cliënten. Het gezond realisme, het relativiseringsvermogen, de humor, het begrip en het eenvoudige maar rechtstreekse taalgebruik (met bewust weglaten van medische en psychiatrische benamingen), zijn aandachtspunten die de ervaringsdeskundige dient te bewaken zowel in zijn eigen functioneren, maar ook bij de andere teamleden.

3.5 Gedeelde caseload

Gedeelde caseload betekent dat in bepaalde fasen de zorg voor een cliënt door het multidisciplinaire team gedragen wordt, terwijl voor elke cliënt steeds één medewerker het vaste aanspreekpunt blijft: de casemanager (van Weeghel, 2008). De meest voorkomende aanleiding voor het opdrijven van het aantal teamleden in de zorg voor een cliënt is het opschalen van zorg om crisis te voorkomen of beheersen, een beslissing die genomen wordt bij de werkplanning.

Gedeelde caseload helpt om te kunnen verbreden en voldoende expertise aan te wenden. Collega's van de eigen of andere disciplines kunnen andere perspectieven inbrengen en nieuwe ideeën opperen om verder met cliënten aan de slag te gaan. Daarnaast kunnen ook medewerkers van specifieke disciplines ingeschakeld worden om de zorg aan te vullen met evidence-based interventies. Door het delen van zorg beschikken we meer dan voorheen in de GGZ over mogelijkheden om opname te voorkomen of de opnameduur te verkorten.

Weerstand. De praktijk heeft ons geleerd dat de grootste weerstand tot het delen van zorg niet bij de cliënten, maar bij het team zelf lag. Soms lijken begeleiders vanuit een zorgvuldige voorzichtigheid de flexibiliteit van cliënten te onderschatten. Des te meer begeleiders er in slagen om deze interventie als een 'gewoon' onderdeel van een begeleiding te beschouwen en dit ook op die manier voor te leggen aan cliënten, des te meer succesvolle ervaringen zij opdoen in het toepassen van de gedeelde caseload.

Indicatoren en aanbevelingen. Teams die de zorg minder delen zijn veel sneller genoodzaakt om een cliënt te laten hospitaliseren in een psychiatrisch ziekenhuis. Ook de duur van psychiatrische opnames is dan doorgaans langer, om voldoende stabiliteit bij de cliënten te verwerven vooraleer ze huiswaarts keren. Als rechtstreekse indicator kan men het aantal teamleden tellen dat per cliënt wordt ingezet.

Cliënten worden best van bij de start en bij voorkeur door de casemanager geïnformeerd over het principe van gedeelde caseload. Indien een cliënt het idee van gedeelde zorg niet genegen is, gaat de casemanager met de cliënt in dialoog voordat de nieuwe collega langs komt. Eventueel kunnen deze medewerkers eerst samen op huisbezoek gaan.

Het is ook aan te bevelen dat medewerkers tijdens huisbezoeken telefoneren met collega's of met andere betrokkenen uit het netwerk van de cliënt. Dit bevordert transparantie van de zorg (Seikkula & Arnkil, 2014). Daarnaast is het ook zinvol om voldoende empathie te tonen voor het feit dat het toelaten van een nieuwe begeleider, met wie nog geen vertrouwensrelatie bestaat, moeilijk kan zijn voor cliënten.

3.6 Herstelbevorderende instrumenten

Eén van de hulpmiddelen bij herstel is het werken met een signaleringsplan, waarmee de cliënt zelf de regie over zijn ziekte neemt (De Jaegere, De Smet, De Coster, & Van Audenhove, 2010). Hij leert zicht te krijgen op zijn functioneren in verschillende fasen: zowel wanneer het goed gaat, als wanneer

herval dreigt, of wanneer er sprake is van een crisis. Cliënten denken na over wat ze zelf observeren en wat de omgeving kan opmerken. Daarnaast wordt in kaart gebracht welke acties er ondernomen kunnen worden door de cliënt, de omgeving en de hulpverleners; in de eerste plaats om ervoor te zorgen dat het goed blijft gaan, maar ook bij dreigend herval en in crisissituaties.

Het signaleringsplan biedt ook houvast aan hulpverleners: ze leren hoe individuele cliënten benaderd willen worden tijdens de verschillende fasen en er worden concrete afspraken geformuleerd. Het signaleringsplan biedt bovendien de mogelijkheid om in dialoog te treden met belangrijke derden zoals huisarts en familie.

Probleemspecifieke plannen. Een probleemspecifiek sjabloon werd ontwikkeld voor cliënten met een bipolaire stoornis, waarbij zowel de manische als depressieve elementen in kaart worden gebracht. Eén uitgebreid (5-fasen) plan werd ontwikkeld voor cliënten met persoonlijkheidsstoornissen en/of middelenmisbruik – gebruik van dit sjabloon bij het opbouwen van een herstelplan leert te kijken naar kleine veranderingen en leert gericht in te grijpen.

Indicatoren en aanbevelingen. Het percentage cliënten waarbij gewerkt wordt aan een signaleringsplan (op papier) geeft aan in welke mate zorg herstel bevordert.

Het werken aan een signaleringsplan is een proces dat tijd vraagt, waarmee geoefend wordt en dat bijgestuurd dient te worden. Sommige cliënten willen niet terugdenken aan die periode dat het zo slecht ging. Bij deze cliënten kan men best eerst de fase uitwerken waar alles goed gaat en bekijken wat cliënt en omgeving kunnen doen om dit zo te behouden. Andere cliënten weigeren om een plan op papier te zetten, maar spreken zonder veel weerstand over de fasen van hun problematiek en vinden het prima om mondelinge afspraken te maken. Deze cliënten vinden het meestal minder bedreigend wanneer hen wordt in een latere fase wordt voorgesteld om de mondeling opgedane kennis en de goed lopende afspraken eens op papier te zetten.

Het betekent een meerwaarde wanneer de signaleringsplannen vanuit verschillende GGZ-voorzieningen samen met de cliënt ontwikkeld, gebruikt en gedragen worden. Een cliënt kan zijn signaleringsplan meenemen van de ene voorziening naar de andere en allen spreken dezelfde 'taal'.

4. Discussie

De MT's realiseren de drievoudige focus op herstel, rehabilitatie, en het zorgnetwerk. De teams hebben zich ontwikkeld tot generalistische teams voor personen met EPA. Hoewel het MT doorgaans vraaggestuurd werkt, vraagt de doelgroep van zorgmijdende cliënten specifieke aandacht bij het organiseren en aanbieden van zorg. Voor ernstig gedemoraliseerde cliënten met een persoonlijkheidsstoornis en voor zorgmijdende dakloze cliënten werden afzonderlijke teams opgericht. Cliënten leren met signaleringsplannen greep te hebben op hun functioneren, terwijl hulpverleners van hen leren hoe ze benaderd willen worden tijdens de verschillende fasen van hun problematiek. Enkele teams hebben een ervaringsdeskundige als volwaardig teamlid geïntegreerd.

Het delen van zorglast volgens het principe van gedeelde caseload verhoogt de kwaliteit van de zorg en helpt opnames te voorkomen. Het verbreedt het perspectief van de casemanager en laat toe om de expertise van het volledige team te benutten. Hoe meer een team effectief met de

methodiek aan de slag durft gaan, hoe meer begeleiders vertrouwd raken met het werken met deze principes.

De MT's vormen een aanvulling en ondersteuning van het zorglandschap in de projectregio. Ze hebben de historisch gegroeide samenwerking van psychiatrische thuiszorgdiensten met partners in het algemeen welzijnswerk en de eerstelijnszorg verdergezet en geïntensifieerd, terwijl deze zorgpartners zich beiden voor de EPA doelgroep blijven inzetten. Ze betrekken ook de familie van de cliënt in de zorg. De zorg in het MT werd erg laagdrempelig georganiseerd, maar dit heeft tot gevolg dat zich in alle teams lange wachtlijsten ontwikkelden.

Mathias Dekeyser, Lieve Smet, Kaat Ghyselen,

Nele Reynders, Gülsah Kapsiz, Dirk Nissen, Carla Hermans,

Mariska Christianen, Annicq Hulshagen.

5. Referenties

- Baart, A. (2001). *Een theorie van de presentie*. Utrecht: Lemma.
- Boertien, D., & van Bakel, M. (2012). *Handreiking voor de inzet van ervaringsdeskundigheid vanuit de geestelijke gezondheidszorg*.
- Brankaer, S., Hubar, S., Jaspers, L., & Pieters, G. (2014). Gedeelde zorg voor patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening. *Huisarts Nu*, 43(4), 162–165.
- De Jaegere, V., De Smet, A., De Coster, I., & Van Audenhove, C. (2010). *Een starterskit voor betere GGZ: Visie en methodieken*. Leuven.
- Delespaul, P. (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 55(6), 427–438.
- Doedens, P., Meulders, W. A. J., & Knibbe, R. A. (2004). *Handreiking bemoeizorg. Literatuurstudie, praktijkbeschrijving en aanbevelingen*. Utrecht.
- Fox, H., Knooren, J., Melman-de Rijcke, J., Schalken, P., & Wittenberg, F. (2009). Familie als bondgenoot. Een ontdekkingsreis van vier jaren. *Tijdschrift Voor Rehabilitatie*, (3), 30–40.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Meijer, S., & van den Bosch, W. (2011). *Vademecum dialectische therapie: blijven zoeken naar balans*. Amsterdam: Pearson.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.

- Pieters, G. (1990). Training in Community Living: Een alternatief voor het psychiatrisch ziekenhuis? *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 32, 238–252.
- Plooy, A. (2007). Ervaringsdeskundigen in de hulpverlening –bruggenbouwers of bondgenoten! *Tijdschrift Voor Rehabilitatie*, 16, 14–21.
- Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20(4), 392–411.
- Seikkula, J., & Arnkil, T. E. (2014). *Open dialogues and anticipations. Respecting Otherness in the present moment*. Helsinki: THL.
- Stein, L. I., & Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37, 392–397.
- Stein, L. I., & Test, M. A. (Eds.). (1985). The Training in Community Living model: A decade of experience. *New Directions for Mental Health Services*, 26, 1–93.
- Van Bakel, M., van Rooijen, S., Boertien, D., Kamoschinski, J., Liefhebber, S., & Kluft, M. (2013). *Beroepscompetentieprofiel ervaringsdeskundigheid*. Utrecht/Amersfoort.
- Van De Bovenkamp, H. M., & Trappenburg, M. J. (2009). De moeizame relatie tussen hulpverleners en familieleden in de GGZ. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 64, 27–38.
- Van de Lindt, S. M. (2000). *Bemoei je ermee*. Assen: Van Gorcum.
- Van Erp, N., Place, C., & Michon, H. (2009). *Familie in de langdurige GGZ, deel 2 Betrokkenheid in (F)ACT*. Utrecht.
- Van Veldhuizen, R., & Bähler, M. (2008). Het FACT-model. In J. R. van Veldhuizen, M. Bähler, D. Polhuis, & J. van Os (Eds.), *Handboek FACT* (pp. 29–47). Utrecht: De Tijdstroom.
- Van Weeghel, J. (2008). Het FACT-team opgetuigd. Leidende concepten en benodigde componenten in de FACT-praktijk. In J. R. van Veldhuizen, M. Bähler, D. Polhuis, & J. van Os (Eds.), *Handboek FACT* (pp. 49–67). Utrecht: De Tijdstroom.