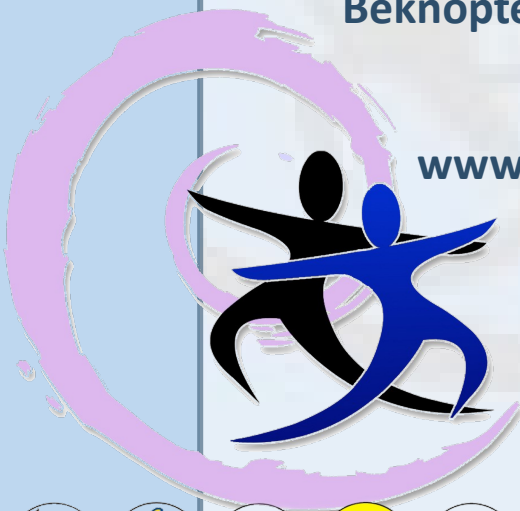


Handboek innovatieve praktijken

Beknopte handleiding bij de
website

www.innopsy107.be



Editie mei 2016

Voorwoord

De hervorming van de Geestelijke Gezondheidszorg in België: Een stand van zaken.

In de meeste landen heeft de geestelijke gezondheidszorg (GGz) nood aan substantiële hervormingen. De geestelijke gezondheidsatlas van de WGO toont aan dat de financiële middelen die aan de GGz worden toegewezen beperkt zijn, dat de zorg meestal wordt geleverd in psychiatrische ziekenhuizen, en dat zorg voor mentale problemen onvoldoende geïntegreerd is in de eerstelijnszorg. Het 'Omvattend Actieplan voor Geestelijke Gezondheid 2013-2020' dat in 2013 werd aangenomen door de algemene vergadering van de WGO formuleert duidelijk als doelstelling sociale zorg en gezondheidszorg geïntegreerd aan te bieden in gemeenschapsvoorzieningen.

Tegen deze achtergrond zijn de hervormingen in de Belgische GGz sinds 2010 zeer welkom. Hervormingen zijn nooit gemakkelijk, en speciaal die in de GGz zijn moeilijk. Deze publicatie beschrijft niet alleen wat in België gerealiseerd is, maar ook hoe dat is gedaan. Terwijl de vooruitgang lovenswaardig is, is het de moeite waard het proces van de verandering en het overwinnen van hindernissen daarbij te beschrijven. Het is duidelijk dat succesvolle hervorming multisectoriële actie veronderstelt, en samenwerking tussen verschillende stakeholders. Terwijl het aanbod van effectieve behandeling een essentieel doel is, zijn huisvesting, sociale zorg en tewerkstelling kritische voorwaarden voor goed herstel. Dit waar maken, met de persoon met geestelijke stoornissen echt in het centrum van alle inspanningen, geeft toegevoegde waarde. Inderdaad, participatie en betrokkenheid van gebruikers en hun families bij alle beslissingen en hun empowerment zijn essentiële elementen van de hervorming. Dit verzekert ook het respect voor de mensenrechten van personen met psychische beperkingen en hun naastbetrokkenen. Uiteindelijk verminderen GGz hervormingen stigma ten opzichte van geestelijke stoornissen en versterken ze herstel en de integratie van mensen met psychische beperkingen in maatschappelijke activiteiten.

Hervorming is een continu proces. Ik hoop dat België ermee zal doorgaan om GGz in de gemeenschap beschikbaar te stellen voor iedereen die het nodig heeft, en de kwaliteit van de diensten zal blijven verbeteren. Ik hoop tevens dat de ervaringen beschreven in deze publicatie bruikbaar en behulpzaam zullen zijn voor vele anderen die gelijkaardige inspanningen doen in andere gemeenschappen en landen.

Dr Shekhar Saxena
Director,
Department of Mental Health and Substance Abuse
World Health Organization

Inleiding

In deze inleiding zullen we eerst de Belgische Hervorming in de geestelijke gezondheidszorg beschrijven, zoals die in de 'Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken' werd vastgelegd. We zullen deze hervorming kort situeren binnen de wereldwijde evolutie van de GGz en binnen de (recente) geschiedenis van de GGz in België. Daarna zullen we het doel van dit handboek weergeven, waarbij begrippen als 'good/best practice' en 'evidence-based mental health' de revue passeren. We zullen de keuze voor de term 'innovatieve praktijk' beargumenteren, en beschrijven hoe we dit begrip definiëren en waarom we het bruikbaar vinden. Tenslotte zullen we het proces beschrijven waardoor het handboek is ontstaan en aangeven hoe het handboek een rol kan spelen in de verdere ontwikkeling van de Belgische GGz-hervorming.

De Hervorming van de geestelijke gezondheidszorg in België

De Belgische regering, bestaande uit de federale overheid, de gewesten en de gemeenschappen, heeft beslist tot een hervorming van de geestelijke gezondheidszorg. Daartoe werd in nauw overleg een gemeenschappelijk doel uitgewerkt. Het gaat om een verandering -zowel op organisatorisch als op filosofisch vlak- die een herziening en optimalisatie van het aanbod op het vlak van de geestelijke gezondheid inhoudt, bestaande uit een beperking van het residentieel ziekenhuisaanbod ten voordele van begeleiding in de gemeenschap, gericht op het herstel van gebruikers.

Het gaat om een aanpak en een visie waarin de vermaatschappelijking van het aanbod centraal staat (Besançon e.a., 2009).

Uit de Belgische gezondheidsenquête van 2004 (Bellamy e.a., 2005) blijkt dat één op vier (24%) van de 15-plussers reeds geworsteld heeft met een gevoel van psychisch onbehagen en dat het bij meer dan de helft van die personen (13%) om een vrij ernstig probleem ging. Bij een derde van de mensen die gedurende lange periodes of definitief niet konden werken, is de oorzaak van die werkonbekwaamheid een mentale stoornis. Het gaat voor heel België om bijna 70.000 personen.

Uit de gegevens van de gezondheidsenquête blijkt ook dat één Belg op vier mentale gezondheidsproblemen heeft (Gisle, 2008). Bij een onderverdeling volgens problematiek zien we dat 8% van de bevolking in het voorbije jaar depressieve periodes had, 8% lichamelijke problemen, 6% angstsymptomen en 20% slaapstoornissen. Bovendien gaf 6% van de personen aan dat ze tijdens het jaar dat aan de enquête voorafging, een zware depressie doormaakten.

De basisfilosofie van een ontwikkeling naar vermaatschappelijkte zorg in de gemeenschap, die momenteel in België geïmplementeerd wordt (Gids, 2010), omvat 5 elementen.

1. **Deinstitutionalisering**, die erin bestaat residentiële behandeling te beperken. Daarbij wordt de uitbouw van intensieve en gespecialiseerde ambulante zorgvormen als alternatief voor een ziekenhuisopname bevorderd, met als doel de GGz-gebruikers zoveel mogelijk binnen de eigen omgeving te handhaven.
2. **Inclusie**, die beschreven kan worden als revalidatie en rehabilitatie in het kader van een noodzakelijke samenwerking met de sectoren van onderwijs, cultuur, werk, sociale huisvesting, ... Inclusie heeft dus niet uitsluitend betrekking op de sector van de GGz maar betreft alle professionelen die een rol kunnen spelen.
3. **Decategorisatie/ontschotting**: het realiseren, via zorgnetwerken en -circuits, van een samenwerking met en tussen volwassenenzorg, GGz-voorzieningen, de sector voor personen met een handicap en justitie. Alle actoren plegen overleg rond de gebruiker en vermijden een opvang in aparte 'silo's'.
4. **Intensifiëring**: het intensifiëren van de zorg binnen ziekenhuizen, met een verminderde hospitalisatieduur tot gevolg. Daardoor kan de breuk tussen gebruikers en maatschappij beperkt worden.
5. **Consolidatie**: een regularisering van de deelnemende pilootprojecten, zowel op federaal als op communautair en gewestelijk niveau, in een globaal concept van GGz. De idee bestaat erin een globaal, geïntegreerd zorgaanbod in een gestructureerd netwerk aan te bieden.

Lokale implementatie, een model voor netwerking

De visie van de Hervorming is geïnspireerd op een globale en geïntegreerde aanpak, waarbij alle functies in het kader van de GGz op basis van een geïntegreerd model aangeboden worden. De huidige organisatie van de GGz moet geleidelijk aan evolueren en plaats maken voor een netwerk van alternatieve diensten binnen een omschreven regio.

Dit vraagt een aanpassing van alle partners. Zij moeten samen, in een geest van complementariteit, hun werking, die gebaseerd is op de creativiteit en de originaliteit van de werkers en van de locatie waarin ze werd uitgewerkt, verder ontwikkelen, rekening houdend met de globale filosofie van de Hervorming. De uitwerking van die fundamentele functies vereist een samenwerking van alle betrokken actoren op verschillende niveaus. Hiervoor moet voorafgaandelijk een minimaal kader worden uitgewerkt, dat enerzijds als doel heeft de fasen te beschrijven die vereist zijn voor de uitbouw van het samenwerkingsnetwerk en anderzijds het profiel van de netwerkcoördinator omschrijft en zijn essentiële rol in de uitbouw van dit proces definieert.

De Hervorming van de GGz wijzigt diepgaand het landschap en de visie op de opvang van gebruikers met een geestelijk en/of psychiatrisch gezondheidsprobleem. Ze richt de praktijk op een visie die focust op herstel en opvang in de gemeenschap, en dit door het ziekenhuisaanbod – dat in België één van de hoogste in Europa blijkt qua bedden per aantal inwoners – om te vormen tot zorg die zo dicht mogelijk aansluit bij het dagelijkse leven en de omgeving van de gebruiker.

Deze filosofie impliceert dat er rekening gehouden wordt met alle actoren die het netwerk realiseren, waarbij overleg een belangrijk werkbeginsel is. Het is de bedoeling om mensen in hun eigen omgeving en hun oorspronkelijke sociale inbedding te behouden door geïndividualiseerde therapeutische trajecten uit te bouwen.

Daarom wordt het model dat in België wordt ingevoerd, gekenmerkt door **vijf functies** die in het netwerk samen een alternatieve organisatie van de GGz uitmaken (met daarin de actoren van de eerste lijn, de mobiele teams, opleiding en socio-professionele inclusie, ziekenhuisopvang en huisvesting).

Het bijzondere en specifieke aan dat model (Gids, 2010 - www.psy107.be) is dat, vanuit een **globale en geïntegreerde visie**, het hele systeem betrokken wordt, via de integratie van de middelen van ziekenhuizen en de middelen die reeds in de gemeenschap bestaan, ongeacht of die rechtstreeks verband houden met de geestelijke gezondheid. Binnen een omschreven gebied dienen alle actoren strategieën uit te werken om een antwoord te bieden aan alle geestelijke gezondheidsnoden die bij de bevolking in dat gebied leven.

Het op die manier uitgebouwde netwerk is multidisciplinair en biedt flexibel interventies aan in verschillende modaliteiten.

Handboek Innovatieve praktijken in de Geestelijke Gezondheidszorg

Bij het uitwerken van dit handboek stonden volgende **doelstellingen** voor ogen:

- Ervaringen weergeven die zijn ontwikkeld binnen het Belgische Hervormingsprogramma 'Naar een betere GGZ', of die reeds bestonden en in de Hervorming werden geïntegreerd.
- Beschrijven van interessante en leerrijke praktijken, gebaseerd op ervaringen van projecten tijdens de experimentele fase.
- Uit de beschreven ervaringen inzichten halen die inspirerend kunnen werken voor andere projecten.
- Een wetenschappelijk ondersteund, maar praktijk-georiënteerd handboek maken. De ervaringen van de projecten over bepaalde aspecten van de zorgvernieuwing worden daarbij ingebed in bestaande wetenschappelijke inzichten.
- Het is een product dat presenteert waar de Belgische hervorming staat, maar het wordt geen 'marketing': het gaat om aspecten die een rol spelen bij het implementeren van een maatschappelijke hervorming.

En verder

- Ondersteuning bieden aan het expertteam bij het coachen van de netwerkcoördinatoren, de netwerkcomités en de functievergaderingen; de verspreiding van de zorgvernieuwing vergemakkelijken.
- Naar buiten toe icommuniceren over de Hervorming van de GGZ in België.
- Het creëren van een 'databank' die een link vormt met het opleidingsprogramma.
- Een geactualiseerde visie op de reorganisatie van de GGZ in België mogelijk maken op internationaal niveau (WGO, EU, ...), met een visie die gebaseerd is op een gemeenschapsgerichte aanpak en de noden van gebruikers.
- Het belang van samenwerking tussen de verschillende sectoren van de verschillende overheden consolideren (federaal, gemeenschappen & gewesten). Nadruk op een globale en geïntegreerde aanpak.
- Focus houden op de evoluerende aard van de Hervorming van de GGZ.
- Een meerwaarde toevoegen aan de argumenten van de kwalitatieve projectbeoordelingen.
- Focussen op de positieve aspecten van de Hervorming, met behulp van concrete voorbeelden van op het terrein (bottom-up).
- De link leggen met de aanbevelingen van het project Participatie van patiënten en naastbetrokkenen.
- De link leggen, aangaande innovatieve praktijken, met het nieuwe GGZ-beleid voor kinderen en jongeren.

Het handboek richt zich op een brede **lezersgroep**:

- Alle betrokkenen bij de hervorming: coördinatoren, stuurgroepen, werkgroepen enzovoort die instaan voor het implementeren van de vernieuwing.
- Verschillende 'stakeholders' binnen de projecten.
- Personen die geïnteresseerd zijn in hervormingen in de GGz in het algemeen (nationaal en internationaal).
- Patiënten en naastbetrokkenen en hun vertegenwoordigers

Innovatieve praktijken

In dit handboek hebben we ervoor gekozen de term 'innovatieve praktijken' te gebruiken. Dit om verschillende redenen:

- Om de band met de Belgische GGz-hervorming 'Naar een betere geestelijke gezondheidszorg' en de zorginnovatie die daarbij hoort te benadrukken.
- Om elke vorm van 'prescriptiviteit' te vermijden. In de 'bottom-up' experimentele fase van de Belgische GGz-hervorming willen we vermijden dat de indruk werd gewekt dat de beschreven initiatieven noodzakelijk te realiseren elementen zijn van die Hervorming.
- Omdat de term de nadruk legt op de creativiteit en de inventiviteit van de sector. De weerhouden beschrijvingen willen inspireren, niet voorschrijven.

De in dit handboek beschreven innovatieve praktijken sluiten dus best aan bij de 'inspirerende praktijkvoorbeelden' van Prins (2008).

Innovatieve praktijken kunnen, net als richtlijnen en evidence based practices, beschouwd worden als instrumenten die bijdragen aan een goede kwaliteit van zorg (Cabral, 2010).

Deze vernieuwende praktijken zijn echter in het algemeen niet breed bekend en beschikbaar voor het werkveld.

Daarom willen we in dit handboek een breed overzicht bieden van interessante, inspirerende initiatieven. Een inventarisatie van bestaande innovatieve praktijken in ons land kan wezenlijk bijdragen aan de omslag in de GGz en aan kwaliteitsverbetering van de zorg voor mensen met psychische kwetsbaarheden.

Door zichtbaar te maken hoe bepaalde projecten een succesvolle oplossing bieden voor actuele problemen kunnen andere organisaties gebruik gaan maken van deze opgedane kennis en ervaring. 'Het wiel hoeft niet steeds opnieuw uitgevonden te worden'.

Het is wel belangrijk om bij de beschrijvingen van de innovatieve praktijken rekening te houden met hun specifieke context, de kritische randvoorwaarden en succesfactoren, en na te denken over bestaande of mogelijke uitkomstindicatoren en over de overdraagbaarheid van deze praktijken.

Ten overvloede willen we benadrukken dat er geen sluitende, éénduidige of universele definitie van een innovatieve praktijk bestaat.

Toch kunnen een aantal criteria worden genoemd waaraan een innovatieve praktijk voldoet (Pel e.a., 2011).

1) Innovatieve praktijken zijn (uiteraard) vernieuwend. De practice brengt nieuwe en creatieve oplossingen. Daarbij dient opgemerkt dat een aantal van de in dit handboek beschreven initiatieven niet noodzakelijk 'nieuw' zijn, omdat ze reeds in het buitenland werden toegepast en daar soms ook al wetenschappelijk werden getoetst. Het innovatieve, vernieuwende heeft dan ook betrekking op de implementatie van deze interventies of modellen in de context van de Belgische GGz.

2) Innovatieve praktijken zijn gebaseerd op een bepaalde mate van consensus met bestaande literatuur en expertise in de zorg. Innovatieve praktijken kunnen evidence-based zijn, maar hoeven dat niet te zijn.

3) Innovatieve praktijken hebben een overtuigende methodiek en zijn praktisch toepasbaar. Ze kunnen goed geëxpliciteerd worden.

4) Innovatieve praktijken zijn goed en duurzaam overdraagbaar. Innovatieve praktijken zijn vaak afhankelijk van de context waarin ze werden ontwikkeld waardoor het overnemen van zo'n praktijk in een andere omgeving niet vanzelfsprekend en niet gemakkelijk is. In dit boek wordt daarom steeds aangegeven in welke instelling(en) en binnen welke context de beschreven praktijk werd uitgewerkt, zodat die door geïnteresseerden benaderd kunnen worden.

Uiteraard worden in het handboek niet alle voorzieningen of netwerken genoemd waarin de praktijk wordt toegepast, maar is er gekozen voor één of enkele voorzieningen die intensief of succesvol werken met deze benadering.

Instellingen en samenwerkingsverbanden zullen zelf moeten bepalen of de werkwijze aansluit bij hun context en waar nodig zal de werkwijze aangepast moeten worden. Een innovatieve praktijk zal dus aangepast en verbeterd worden door gebruikers en het werken met innovatieve praktijken dient beschouwd te worden als een continu proces.

5) Innovatieve praktijken beloven op basis van opgedane ervaring en (beperkte) evidentie te resulteren in een betekenisvolle en tastbare verbetering van de kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven van gebruikers.

De practice leidt tot betekenisvolle en gewenste resultaten.

6) Innovatieve praktijken passen binnen de Belgische GGz-hervorming en zijn verbonden aan inhoudelijk strategische ontwikkelingen in de GGz. Een sociaal draagvlak voor het invoeren van de praktijk is daarbij eveneens belangrijk (Peter & Heron, 1993).

In dit handboek zal bij de beschrijving van de innovatieve praktijken over een bepaald thema gepoogd worden de link te leggen met de evidence-based vakliteratuur over dat thema. De praktijkbevindingen worden daarbij beschreven in het licht van de theoretische beschouwingen die er over die benadering of aanpak zijn. Naast resultaten van wetenschappelijk onderzoek kunnen eventueel ook ervaringen met implementatie en kritische succesfactoren aan bod komen.

Een innovatieve praktijk hoeft niet doorontwikkeld te worden tot bewezen is dat de interventie werkzaam is om een goed, duidelijk en overdraagbaar voorbeeld te zijn voor andere organisaties. Niettemin is het belangrijk dat er op termijn een differentiatie komt tussen veelbelovende en minder goede interventies. Een dergelijke differentiatie is van belang om de overdracht van en het onderzoek naar veelbelovende goede interventies te bevorderen, die van grote waarde kunnen zijn voor de zorg. Ook in die zin vormt dit boek een momentopname, en is het belangrijk dat er in de toekomst updates komen van de beschreven praktijken en hun impact op de zorg voor mensen met psychische beperkingen.

Er werd gekozen voor een modulair samengestelde reeks. Elke module gaat over een relevante topic die als belangrijk ervaren wordt in de hervorming. Daartoe werd eerst een longlist gemaakt van topics die relevant zijn om de Hervorming 'Naar een betere ggz' te oriënteren en in goede banen te leiden. Dit gebeurde in een aantal vergaderingen met een projectgroep, waarbij ook externe (buitenlandse) experts werden betrokken. Namens de WGO begeleidde prof. Saraceno het project. Uiteindelijk besliste deze projectgroep om in eerste instantie modules uit te werken over zeven thema's:

1. Wonen
2. Samenwerking met de eerste lijn
3. Governance van netwerken
4. Participatie en empowerment van patiënten en naastbetrokkenen
5. Socio-professionele inclusie
6. Mobiele behandelteams voor patiënten met acute psychische problemen
7. Mobiele behandelteams voor patiënten met chronische, langdurige psychische problemen

Het hele project werd opgevat als een 'work in progress': gefaseerd wordt een programma opgesteld van modules die worden uitgewerkt. Het geheel van de modules geeft een beeld van de verschillende aspecten die bij een dergelijke hervormingsbeweging komen kijken.

Na enige tijd bestaat de mogelijkheid om modules te updaten, bijvoorbeeld wanneer nieuwe practices rond een thema worden uitgewerkt, of wanneer uitkomstgegevens beschikbaar komen.

Begin 2015 werd een oproep gedaan naar alle projecten om interessante, inspirerende praktijken aan te melden voor het handboek.

Bij die selectie speelden naast inhoudelijke gegevens ook andere elementen. Opvallend was bijvoorbeeld dat meerdere aangemelde praktijken betrekking hadden op dezelfde, actuele thema's. Daardoor kon ook rekening gehouden worden met de regionale verdeling.

Hoewel vanuit vrijwel alle projecten praktijken werden aangemeld was het aantal fiches dat per project werd ingestuurd verschillend. Uiteindelijk konden vanuit vrijwel alle projecten praktijkbeschrijvingen worden weerhouden. Sommige praktijken werden vanuit een samenwerking van verschillende projecten aangeleverd. Binnen een aantal thema's werd door de projectgroep gevraagd dat enigszins gelijklopende praktijken, die apart werden aangemeld, samen zouden worden uitgeschreven.

Voor elk thema werden ook een aantal 'lezers' aangesproken, die ervaring hebben binnen dat thema. Samen met de projectgroep/kernredactie van de reeks vormden die dan de redactiegroep van de desbetreffende module.

Zij lazen en beoordeelden de inleiding en de discussie, en een aantal van de praktijkbeschrijvingen.

De beperkte groep van de kernredactie las alle definitieve teksten en besliste in consensus tot opname in het handboek. De kernredactie bewaakte ook de eenheid in concept en vorm van het handboek, waakte over herhalingen en overlappings...

De definitieve versie van het handboek bestaat uit twee delen: enerzijds is er het 'papieren' boekje dat u in de hand houdt, daarnaast is er de website: www.innopsy107.be. Daar worden innovatieve praktijken uit alle projecten opgenomen.

In het boekje vindt u, na deze inleiding, een korte situering van de thema's van de verschillende modules. Daarna volgen de weerhouden 'projectfiches' (cfr supra), die op een zeer beknopte wijze de innovatieve praktijken introduceren. Ze bieden een overzicht van interessante inhoudelijke en organisatorische vernieuwingen die in de verschillende experimentele projecten werden uitgewerkt of geïntegreerd, en die inspirerend kunnen werken voor anderen.

Bij elke praktijk zijn contactgegevens vermeld die het mogelijk maken verdere informatie te bekomen. Het boekje eindigt met een beperkte referentielijst, die naast een aantal algemene referenties over zorgvernieuwing, per module een beperkt aantal 'sleutelreferenties' omvat.

Op de website vindt de geïnteresseerde lezer verder uitgebreide informatie. Naast een meer uitgebreide introductie van het thema van de module, met verwijzingen naar de wetenschappelijke literatuur, zijn daar meer uitgebreide beschrijvingen van de 'innovatieve praktijken' te vinden.

Voor de praktijkbeschrijvingen op de website werd een format uitgewerkt, dat als een (soepel te gebruiken) leidraad kon worden gebruikt.

Dit omvatte:

1. Introductie: eerst een globale beschrijving van de context van het project innovatieve praktijk;
 - Het netwerk en de regio waar de praktijk zich situeert;
 - Een beschrijving of de uitrol van de praktijk betrekking heeft op het hele netwerk dan wel op een onderdeel (regio subnetwerk, doelgroep,...);
2. Korte beschrijving van de inhoud van het initiatief (en relatie met de functies uit het overheidsprogramma);
3. Beschrijving van de spelers die actief een rol hebben gespeeld in de uitrol van de practice (functie, sector, niveaus van functies uit participerende organisaties);
4. Een overzicht van concrete resultaten en de schaal waarop het operationeel is;
 - Dus niet enkel een verhaal wat de principes of de theorie is;
 - Beschrijving in welke mate de werkwijze nog trouw is aan het initiële plan of theorie over de manier van samenwerken (waar is het denken bijgestuurd door de praktijkervaring?)
 - Functioneert het vandaag als 'piloot' of is het klaar om/wordt het al netwerkbreed uitgerold;
 - Zijn er registratiegegevens/cijfers die de practice ondersteunen? Wat zouden goede indicatoren zijn?
5. Op het einde een conclusie "wat hebben we geleerd?"
 - Een oplijsting van do's en don'ts op basis van eigen ervaringen;
 - Wat zijn lessen die uniek zijn voor deze innovatieve praktijk, welke lessen zijn ook zinvol voor andere initiatieven?
6. Een synthese van het initiatief in MAXIMUM 10 regels: voorstelling, aantal VTE, noodzakelijke samenwerkingen, financiering, budget, transfereerbaarheid van het initiatief;
7. De eventuele referenties vermelden;
8. Via de vermelde contactgegevens kunnen geïnteresseerden dan verdere informatie bekomen. Op die manier willen we verdere uitwisseling van ervaringen, opgedaan binnen de hervorming van de Belgische GGz stimuleren.

Terminologie en auteurschap

In een multi-auteur boek als dit is het gebruikelijk dat de redactie voor de éénvormigheid een aantal keuzes maakt. Dat gebeurde reeds door het gebruik van de hierboven beschreven 'formats', die soepel werden gebruikt.

De bedoeling ervan was niet om een keurslijf op te leggen, maar om relevante informatie in de verschillende beschrijvingen te kunnen includeren.

Daarnaast zijn er taalkundige en terminologische keuzes.

De auteurs werd gevraagd om zoveel mogelijk genderneutrale termen te gebruiken. Om zware hij/zij of zijn/haar constructies te vermijden worden soms toch genderspecifieke termen gebruikt. Tenzij uitdrukkelijk vermeld, verwijzen die steeds naar personen van beide geslachten.

Tenslotte werden de auteurs vrij gelaten in het gebruik van een aantal termen.

Om de personen aan te duiden die van GGz-voorzieningen gebruik maken zijn de benamingen 'patiënt', 'cliënt' of 'gebruiker' elk beladen met betekenissen.

Zowel gebruikers als professionals hebben hierover soms uitgesproken en duidelijk verschillende opvattingen. Bij een bevraging van 133 Engelse patiënten die in de gemeenschap verbleven verkozen de meesten door huisartsen (75%) of psychiaters (67%) als 'patiënt' te worden aangesproken.

Bij verpleegkundigen, sociaal werkers of psychologen werden de termen 'patiënt' en 'cliënt' even vaak verkozen. Oudere gebruikers verkozen vaker de term 'cliënt' (McGuire-Snieckus, McCabe & Priebe, 2003).

Ook in de terminologie van 'mentale stoornis', 'psychisch probleem', 'psychiatrische problematiek', 'psychische beperking' maakte de redactiegroep geen keuze, al zijn we ons bewust van de achterliggende visies en verbanden met een medisch of psychosociaal model.

De modules

1. Wonen

2. Samenwerking met de eerste lijn

3. Governance van netwerken

4. Participatie en empowerment van patiënten en naastbetrokkenen

5. Socio-professionele inclusie

Mobiele teams

6. Mobiele teams 2a

7. Mobiele teams 2b



1. Wonen

Een veilig **onderkomen, wonen en herstel** : ze vormen een belangrijke 'trilogie'. Artikel 25.1 van de Universele Verklaring van de rechten van de mens (1948) stelt : « Iedereen heeft recht op een levensstandaard, die volstaat voor de gezondheid en het welzijn van de persoon en diens familie. Dit omvat een woning, voeding, kleding, huisvesting en geneeskundige verzorging en sociale dienstverlening...». Het recht op wonen is een fundamenteel mensenrecht, en wordt als dusdanig erkend in vele internationale, nationale en regionale verklaringen en wetteksten. In haar synthesedocument over ziekte last door onaangepaste huisvesting benadrukt de WGO de belangrijke impact van onaangepaste woonvormen op de gezondheid, en in het bijzonder op de geestelijke gezondheid en dringt ze erop aan om door een aangepaste huisvestingspolitiek te zorgen voor meer gezonde, beter toegankelijke en meer duurzame woonvoorzieningen.

Huisvesting is dus een sociale determinant van gezondheid en levert een belangrijke bijdrage tot participatie en inclusie in de maatschappij. Dit sluit aan bij de idee dat huisvesting en wonen nauw verbonden zijn met herstel (recovery), een begrip dat centraal staat in de Hervorming van de GGz.

Om te beginnen moet je een woonplaats vinden. Dit wordt vaak bemoeilijkt door het stigma dat kleeft aan mentale stoornissen. Stigma leidt tot discriminatie.

Iemand een woning weigeren omdat die persoon lijdt aan een geestelijke gezondheidsproblematiek is altijd tegen de wet.

De Hervorming van de GGz nodigt uit tot gemeenschappelijke, gezamenlijke en innoverende acties van alle betrokken partners uit het netwerk op het vlak van huisvesting. Ze verenigt zowel professionelen uit de GGz en uit de sociale en psychosociale voorzieningen, als beheerders van sociale woningmaatschappijen, vertegenwoordigers van gebruikers en hun naasten, en zelfs lokale politieke vertegenwoordigers. Daarom is het belangrijk, naast het ontwikkelen van gerichte, gespecialiseerde initiatieven rond wonen, ook te focussen op de integratie van mensen met een mentale kwetsbaarheid in de reguliere, gewone huisvesting en het behoud daarvan te bevorderen. Om daartoe te komen is het belangrijk rekening te houden met een aantal bevindingen:

- Het ontbreken van een globale visie en communicatie tussen de overheidsdiensten die verantwoordelijk zijn voor GGz en voor huisvesting.
- Een gebrek aan wederzijdse kennis en aan communicatie tussen de sectoren.
- Het gebrek aan samenwerking tussen actoren bij huisvesting en GGz-professionals.
- De weerslag van de kwaliteit van huisvesting op het psychisch functioneren van burgers.
- Het tekort aan betaalbare woningen voor personen met een laag inkomen.
- De moeilijkheden die kwetsbare personen ondervinden om woningen in goede staat te bewaren.
- In de begeleiding en opvolging van mensen met psychische kwetsbaarheden ontbreekt het vaak aan continuïteit. De functie van referentiepersoon/zorgcoördinator/case manager kan breuken in het zorgproces helpen voorkomen.

NETWERK : Réseau Santé Namur
CONTACTPERSOON: Renson Bruce
TELEFOON : 0483 32 33 39
MAIL : namur@capteurlogement.be
WEBSITE: www.reseausantenamur.be
www.capteurlogement.be

Capteur de logements

Fr

Dit project wil de toegang tot huisvesting verbeteren voor een doelpubliek dat bestaat uit personen met een geestelijk gezondheidsprobleem of in kansarmoede.

Dit gebeurt door de inschakeling van een gespecialiseerde werker die het mogelijk maakt om woningen te vinden binnen het reguliere immobiliënpark.

Er worden aan de eigenaars waarborgen geboden, onder andere door een psychosociale thuisbegeleiding te bieden. Dit project is vernieuwend doordat er een sleutelpersoon met een specifiek profiel wordt aangetrokken die opgeleid is in zowel immobiliën als in marketing.

Het project steunt op een partnerschap tussen de sector van de geestelijke gezondheidszorg (réseau 107), de sector van de kansarmoede ("relais social") en de huisvestingssector (sociaal vastgoedagentschap). Het Waalse Gewest financiert.

NETWERK : Brussel
CONTACTPERSOON: Florence Crochelet
TELEFOON : 02 742 03 50 - 02 216 35 48
MAIL : florence.crochelet@casmmu.be

Transito

Fr

« Transito » is een innoverend initiatief dat voorlopig onderdak en autonomie biedt voor de doelgroep van op proef vrijgelaten geïnterneerde patiënten, die worden toegelaten tot een Initiatief Beschut Wonen (IBW) in afwachting dat daar een plaats vrijkomt.

Dit project moet zijn plaats vinden in een klassiek IBW; het moet voorzien in een upgrade van 0,75 VTE voor vier Transito-plaatsen, wat overeenkomt met 43.312,5 € voor 0,75 VTE bachelor (opvoeder, paramedicus en/of sociaal assistent).

Dit project is transponeerbaar naar de doelgroep van patiënten onder het beschermingsstatuut voor de psychisch zieke persoon, en valt binnen functie 5. Er is constante samenwerking nodig met de actoren van de andere functies, voornamelijk het mobiele team EOLIA, in zijn dubbele opdracht van liaison en outreaching.

NETWERK : Brussel
CONTACTPERSOON : Florence Crochelet
TELEFOON : 02 742 03 50 - 02 216 35 48
MAIL : florence.crochelet@casmму.be

IHP+

Fr

IHP+ (Beschut wonen+) heeft als doelgroep de zeer kwetsbare volwassen psychiatrische populatie waarvan de symptomatologie voldoende gestabiliseerd is om een ontslag uit het ziekenhuis mogelijk te maken, maar die nog niet de vaardigheden hebben verworven om zelf in te staan voor hun medicatie en voor hun maaltijden.

IHP+ is vergelijkbaar met een 'klassiek' Initiatief Beschut Wonen (IBW), maar de geneesmiddelen worden er toegediend en de maaltijden geleverd. Er kan ook poetshulp worden georganiseerd.

De formule IHP+ moet geïntegreerd zijn in een klassiek IBW; een upgrade van 1 VTE/8 plaatsen moet worden toegevoegd aan het personeelskader van het IBW (kost : 55000€/jaar – paramedisch bachelor, opvoeder of sociaal assistent). De partnerships zijn allemaal geactiveerd door het IBW of de actoren van de 5 functies. IHP+ is niet transposeerbaar naar een andere regio.

NETWERK : Brussel
CONTACT PERSOON: Mahe Aja
TELEFOON : 02 502 69 49
MAIL : cellulesmes@hotmail.com
WEBSITE: www.smes.be

**Projet logements
sociaux**

Fr

Het Project 'Sociale woningen' wordt geleid door de Ondersteuningscel van SMES-B in partnership met SASLS (Service d'Accompagnement Social des Locataires Sociaux), die sociaal werkers ter beschikking stelt van de Brusselse Openbare Vastgoedmaatschappijen (OVM). Dit project beoogt de toegang tot zorg en hulp te vergemakkelijken voor huurders met psychische problemen die het risico lopen dat ze uit hun woning worden gezet.

Het project wordt gefinancierd door het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (Huisvesting) en bestaat uit een halftijdse detachering van een sociaal assistent van de OVM, bevoegd voor geestelijke gezondheid, binnen de Ondersteuningscel.

Het vernieuwend en transposeerbaar karakter zit in de aard van het partnership (detachering van personeel) en het preventieve aspect (behoud van huisvesting). Het initiatief zou ook ontwikkeld kunnen worden naar huurders van privéwoningen die in een kwetsbare situatie verkeren en met gelijkaardige psychische problemen kampen.

NETWERK : Brussel
CONTACTPERSOON: Mahe Aja
TELEFOON : 02 502 69 49
MAIL : cellulomes@hotmail.com
WEBSITE: www.smes.be

Outreaching des adultes



Het Project « Outreaching van volwassenen » wordt samen geleid door de Ondersteuningscel van SMES-B en v.z.w. 'Source' (opvangtehuis voor daklozen en sociaal restaurant). Het wil de werknemers van Source ondersteunen die zich in een impasse bevinden in hun begeleidingsopdracht en aldus de toegang bevorderen tot hulp en zorg voor personen die zowel kampen met sociale uitsluiting als met psychische problemen, en die vaak het contact hebben verloren met de eerste lijn voorzieningen. Dit proefproject wordt gefinancierd door FOD Volksgezondheid: 1,5 VTE voor de Ondersteuningscel (psychiater, therapeut, psychiatrisch verpleegkundige) en 1 VTE bij v.z.w. Source (sociaal werkers). Het vernieuwend karakter bestaat erin dat men de personen opzoekt waar ze wonen en naar de beroepsbeoefenaars gaat op de plaatsen waar ze werken. Het feit dat het opbouwen van de sociale band en mobiliteit centraal staan maakt dat dit project kan worden toegepast in alle voorzieningen die werken met dit doelpubliek.

PRAKTIJK UIT VERSCHILLENDE NETWERKEN

ALGEMENE COORDINATIE : Coralie Buxant
TELEFOON : 0491 22 34 52
MAIL : coordination@housingfirstbelgium.be
WEBSITE: www.housingfirstbelgium.be



Housing first

Het Amerikaanse model 'Housing First', draait de klassieke logica in de rehabilitatie om en regelt eerst en vooral de kwestie van een woonst te vinden, als vertrekpunt voor reïntegratie. Housing First biedt een onmiddellijke toegang tot wonen (als fundamenteel recht) vanop de straat, zonder andere voorwaarden dan die waaraan een klassieke huurder moet voldoen (er is dus bij voorbeeld geen verplichting om een ziekte of verslaving onder controle te krijgen/te laten verzorgen). Het opzet is dat de persoon in zijn woonst blijft, en dat zijn welzijn wordt bevorderd (men verwijst naar het begrip 'herstel', dat goed gekend is in de geestelijke gezondheidszorg). Om daartoe te komen biedt het model een aangepaste, intensieve en pluridisciplinaire begeleiding.

De Housing First praktijken richten zich prioritair tot de meest kwetsbare daklozen (lange straathistoriek, gezondheidsproblemen, geestelijke gezondheidsproblemen en/of verslavingen) en stellen uiteraard de klassieke benadering in de strijd tegen dakloosheid in vraag, die voor vele zeer kwetsbare mensen een onhaalbaar parcours lijkt. Deze innoverende praktijken worden uitgetest in Antwerpen, Gent, Hasselt, Brussel, Molenbeek, Luik, Charleroi en Namen.

In deze experimentele context komt een evaluatieteam regelmatig samen met huurders om hun parcours te vergelijken met dat van daklozen die blijven een beroep doen op de klassieke hulpdiensten.

NETWERK : SaRA - Antwerpen
CONTACTPERSOON : Helga Peeters
TELEFOON : 0468 12 82 61
MAIL: Helga.peeters@oggpa.be
WEBSITE: <http://sara.oggpa.be>

Bemoeizorg-team bij huurders SHM

NI



De sociale huisvestingsmaatschappij (SHM) kan zorgwekkende zorgmijders met een vermoeden van psychiatrische problemen exclusief doorverwijzen naar het GGZ bemoeizorgteam. Op die manier wordt preventief huisuitzetting tegengegaan. De doelgroep zijn huurders van een sociale woning in een grootstedelijk gebied waar er een verhoogd aanzuigefect is van kwetsbare groepen. Het bemoeizorgteam dat actief, assertief en laagdrempelig aan huis komt, kan via haar psychiatrische specialisatie een constructief herstelplan voor de huurder uitwerken. Voldoende tijd voor het opbouwen van een vertrouwensband en het opnemen van de zorgcoördinatie zijn cruciaal. Het bemoeizorgteam is gericht op presentie, herstel en samenwerking met de ruime omgeving van de cliënt.

NETWERK : RELING / NOOLIM
CONTACTPERSOON : David Dol (Reling), Lut Smeets (Noolim)
TELEFOON : 0497 48 08 43
MAIL: david.dol@reling.be — netwerkcoordinator@noolim.net

NI



Gespecialiseerde woonvormen

In Limburg zijn, op initiatief van de Initiatieven Beschut Wonen (IBW), binnen de netwerken Reling en Noolim verschillende proefprojecten opgestart. De proefprojecten hebben als gemeenschappelijk kenmerk dat ze een alternatief aanreiken binnen functie 5 (gespecialiseerd wonen) in de vorm van een flexibel en gedifferentieerd woonaanbod. Deze flexibele woonvormen ontstonden vraaggestuurd, aan de hand van ervaren en beschreven noden. Ze werden ingebed in zorgcircuits, meestal voor een specifiek omschreven (sub) doelgroep. De cliënt met een psychiatrische kwetsbaarheid heeft hierdoor een breder palet aan woonmogelijkheden beschikbaar naast het regulier beschut wonen en het psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT). Er kan gericht gekozen worden voor een woonvorm die aansluit bij de mogelijkheden en ervaren noden. In alle proefprojecten wordt dienstverlening of zorg op maat aangeboden, vertrekkende vanuit de herstellvisie en georganiseerd volgens de principes van het Individueel Rehabilitatiegericht Handelen. De cliënt bepaalt, samen met zijn omgeving en zijn hulpverleners, de doelen en vertaalt deze in kleine haalbare stappen. Hierbij worden krachten, ondersteunende mogelijkheden en het ondersteunende netwerk in kaart gebracht. Dit alles vormt samen een begeleidingsplan met oog voor maximaal haalbare zelfsturing, empowerment en groei.

NETWERK : SaRA - Antwerpen
CONTACTPERSOON : Helga Peeters
TELEFOON : 0468 12 82 61
MAIL: Helga.peeters@oggpa.be
WEBSITE: <http://sara.oggpa.be>

Wonen buiten sociaal stelsel en versnelde doorstroom



Het faciliteren en versnellen van betaalbare woonmogelijkheden binnen de sociale huisvestingsmaatschappij (SHM) voor mensen met een psychiatrische problematiek (incl. verslavingsproblematiek) is binnen de context van vermaatschappelijking van zorg zeer belangrijk.

Doordat de GGZ ook outreachende zorgvormen heeft, wordt deze samenwerking mogelijk want de SHM kunnen psychiatrische thuisbegeleiding eisen om overgang naar zelfstandig wonen haalbaar en mogelijk te maken.

Voor de residentiële GGZ zit de winst er in dat mensen sneller op een ethisch verantwoorde wijze kunnen worden ontslaan uit de residentiële voorziening, mits opstart van outreachende hulpverlening.

NETWERK : Zuid-West-Vlaanderen
CONTACTPERSOON : Soetkin Kesteloot
TELEFOON : 0474 81 29 01
MAIL: info@psy107zowl.be



Regionale crisis netwerk Zuid-West-Vlaanderen

Het Regionaal Crisisnetwerk Zuid-West-Vlaanderen is een regionaal samenwerkingsverband, gecoördineerd vanuit CAW, waarbij men samen oplossingen wil vinden voor personen in (complexe) crisissituaties.

Concreet biedt het netwerk buiten de kantooruren een crisisbed aan voor personen voor wie geen andere, veilige opvang voor die nacht gevonden werd. Vervolgens wordt door ambulante diensten een structurele oplossing voor de crisis gezocht.

Indien het gaat over complexe crisissituaties waar de reguliere hulpverlening geen antwoord op kan bieden, wordt op korte termijn een multidisciplinair overleg bijeengeroepen, dat een oplossing zoekt (over diensten en sectoren heen). Indien nodig kan de cliënt begeleid worden door een trajectbegeleider die als ondersteuningsfiguur optreedt.

Dit initiatief wordt gedragen door verschillende sectoren (door inzet van crisisbed, ter beschikking stellen van personeel bij crisISOVERLEG, inbreng van crisiskamer...) en wordt gefinancierd door CAW, regionale OCMW's en provincie. Dit initiatief kan getransfereerd worden naar andere regio's.

Daarbij is de bereidheid vanuit de diverse sectoren om samen een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid op te nemen voor crisissituaties essentieel.



2. Samenwerking met de eerste lijn

Geestelijke gezondheid en vele mentale stoornissen worden sterk beïnvloed door de sociale, economische, fysieke en culturele omstandigheden waarin mensen leven. 'Gezondheid is een toestand van volkomen welzijn, zowel **lichamelijk als psychisch en sociaal**. Het is niet enkel de afwezigheid van ziekte of gebrek' (WGO, 1946).

Toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg ('Gezondheid voor iedereen') is een onvervreemdbaar recht en een essentieel element in de strijd tegen armoede en ongelijkheid. **Eerstelijnsgezondheidszorg** is de sleutel hiertoe.

Ze brengt gezondheidszorg zo dicht mogelijk bij de leefwereld van de mensen en vormt de eerste stap in een continu zorgproces.

Het 'Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020' van de WGO vertrekt van het principe '**There is no health without mental health**'.

Eén van de objectieven van dit plan is omvattende, geïntegreerde en responsieve mentale gezondheidszorg en sociale dienstverlening aanbieden in gemeenschapsvoorzieningen. Doel is om zowel aan mentale als fysieke zorgnoden tegemoet te komen en het herstel te bevorderen van personen met mentale stoornissen binnen de algemene gezondheidszorg en sociale voorzieningen (dus met aandacht voor het recht op werken, wonen en opleiding).

Daarbij wordt gebruik gemaakt van behandel- en herstelplannen in coproductie door gebruikers en zorgverstrekkers, en waar mogelijk, met de input van naastbetrokkenen.

Omvattende zorg kan niet worden gerealiseerd zolang mentale gezondheid niet ingepast wordt in de eerstelijnszorg. Er zijn vele redenen om geestelijke gezondheid in de eerstelijnszorg te integreren (WGO).

- Mentale stoornissen komen veel voor en hebben een aanzienlijke economische en sociale weerslag op de gemeenschap in zijn geheel.
- Mentale en fysieke gezondheidsproblemen zijn sterk verweven.
- De behandelingskloof voor mentale stoornissen is enorm. Eerstelijnszorg voor mentale stoornissen kan deze helpen overbruggen.
- GGz geïntegreerd in de eerste lijn verbetert de toegankelijkheid, vermindert stigma en discriminatie en verkleint het risico op het gebruik van restrictieve maatregelen.
- GGz geïntegreerd in de eerste lijn is betaalbaar en kosteneffectief en geeft goede gezondheidsresultaten.

Om GGz te integreren in de algemene eerstelijnsgezondheidszorg zijn volgende principes noodzakelijk:

- Een adequate opleiding voor eerstelijns werkers over relevante aspecten van geestelijke gezondheid, naast training van vaardigheden en supervisie. Modellen van gedeelde en collaboratieve zorg, waarbij eerstelijns werkers en GGz-specialisten gezamenlijke consultaties en interventies uitvoeren zijn veelbelovende manieren om voortgezette opleiding en ondersteuning te bieden.

- Eerstelijnsopdrachten moeten welomschreven en haalbaar zijn. Functies van eerstelijnswerkers kunnen worden uitgebreid naarmate ze toenemen in vaardigheden en zelfvertrouwen.
- Gespecialiseerde GGz-professionelen en -voorzieningen moeten beschikbaar zijn ter ondersteuning van de eerste lijn.
- Coördinatie is cruciaal om de integratie van geestelijke gezondheid in de eerste lijn voorbij bedreigingen en uitdagingen te voeren.
- Sectoren buiten de gezondheidszorg kunnen effectief samenwerken met eerstelijnswerkers om patiënten met mentale stoornissen te helpen op weg naar herstel en volwaardige integratie in de maatschappij.

De hervorming van de GGz in België vertrekt van de uitbouw van netwerken van voorzieningen en professionals, zowel uit het veld van de GGz als vanuit de eerste lijn en andere maatschappelijke factoren, met verantwoordelijkheid voor de geestelijke gezondheid van alle inwoners in een omschreven gebied. Z'n netwerk vertrekt vanuit een globale en geïntegreerde visie op de geestelijke gezondheidsnoden van de populatie. Eerstelijnswerkers dienen betrokken te zijn bij de realisatie van verschillende 'functies', vanuit de filosofie van complementariteit van middelen en vaardigheden die aan de basis ligt van de hele hervorming.

Ze maken deel uit van een zorgnetwerk dat rond individuele patiënten wordt opgebouwd en gecoördineerd door klinische casemanagers ('referentiepersonen'). Uitgangspunt zijn de behoeften van de patiënt, zowel op het vlak van lichamelijke als geestelijke gezondheid. Er moeten procedures uitgewerkt worden voor de communicatie en de coördinatie over patiënten, waarbij alle betrokken werkers de noodzakelijke informatie delen. Coaching en advies dient te worden geboden voor de eerstelijnswerkers.

Vele disciplines zijn betrokken bij het leveren van eerstelijnszorg, hoewel huisartsen vaak beschouwd worden als een kerndiscipline. Het groot aantal actoren brengt het risico van fragmentatie en een gebrek aan samenwerking met zich mee. CAW's en sociale diensten van de OCMW's zijn de meest belangrijke voorzieningen die psychosociale ondersteuning bieden in de eerste lijn in België. Zij zijn goed toegankelijk voor mensen in precare situaties zoals armoede. Centra voor Leerlingen Begeleiding (CLB's) spelen een belangrijke rol in de detectie, diagnose en begeleiding van kinderen en adolescenten met psychologische problemen (en hun ouders). Ook thuiszorgdiensten en lokale dienstencentra zien veel mensen met geestelijke gezondheidsnoden.

Netwerking en samenwerking is essentieel om efficiënte GGz te bieden in dit gefragmenteerde landschap. In het kader van de hervorming van de GGz groeide op vele plaatsen de samenwerking tussen de algemene eerstelijnszorg en de GGz-voorzieningen. Een aantal boeiende innovatieve praktijken, leidend naar meer holistische, geïntegreerde zorg met aandacht voor bredere sociale en mentale gezondheidsaspecten werden in dat kader ontwikkeld.

NETWERK: PRIT, Midden West-Vlaanderen
CONTACTPERSOON: dr. Piet Snoeck
MAIL: piet.snoeck@azdelta.be
WEBSITE: www.prit.be

**Zorgpad eerste
lijn alcohol**

NI

Het zorgpad eerste lijn alcohol is een werkinstrument voor zowel de burger als de eerstelijnsmedewerker, in het bijzonder de huisarts, om personen met een veel voorkomende problematiek te detecteren, te screenen en te helpen binnen de eerste lijn. Het geeft eveneens een indicatie voor doorverwijzen naar de gespecialiseerde zorg bij het doorlopen van het zorgpad. Het doel is om de kennis en kunde van de eerste lijn op vlak van geestelijke gezondheid(szorg) te verbeteren. Door de eerste lijn vertrouwd te maken met de aanpak van geestelijke gezondheidsproblemen kan de tweede en de derde lijn zich concentreren op haar kerntaak, de behandeling en begeleiding van personen met ernstige psychiatrische problemen. Wat de tweede en de derde lijn wel moeten oppakken en onderhouden is de liaisonfunctie naar de huisartspraktijk via de psychiater binnen een collaborative care-methodiek.

Het zorgpad eerste lijn ontstond door de nauwe samenwerking binnen de werkgroep deskundigheidsbevordering van de eerstelijnspsychologische functie. Het zorgpad eerste lijn alcohol is multiplicerbaar naar andere regio's en netwerken, evenals naar andere domeinen waar de persoon met geestelijke gezondheidsproblematiek en de eerste lijn baat hebben bij een gestroomlijnd en gestandaardiseerd pad voor detectie en behandeling én bij het versterken van de kennis en kunde over geestelijke gezondheidszorg.

NETWERK : Fusion Liège (AIGS/Heberlie)
CONTACTPERSOON: Isis Arbach
TELEFOON : 0492 90 09 49
MAIL : cmi.hirondelle.resowal@aigs.be

**Cellule Mobile
d'Intervention**

Fr

Het mobiel ondersteuningsteam (Cellule Mobile d'Intervention, CMI) 'Hirondelle' is een pilootproject dat in december 2009 gelanceerd werd door AWIPH.

Dit is een ondersteuningsteam voor begeleiders en naasten van personen met 'dubbeldiagnose' (intellectuele beperking + psychiatrische problemen of gedragsstoornissen). Het team richt zich tot personen vanaf 16 jaar in de Provincie Luik. Het CMI bestaat uit 2 psychologen, 1 sociaal assistente (samen 1,25 VTE), en functioneert onder toezicht van een psychiater die deelneemt aan de tweewekelijkse teamvergaderingen. Op vraag van de beroepsbeoefenaars die bij de situatie willen betrokken blijven analyseert het CMI de gedragsstoornissen en de psychische stoornissen van de persoon en oriënteert het die persoon indien nodig naar de huisarts of specialistische voorzieningen, reikt het werkpistes in de leefomgeving aan, of coördineert het de werking van verschillende beroepsbeoefenaars rond de gebruiker. Het opzet: voorkomen dat de persoon wordt uitgesloten en dat deze van de ene sector naar de andere wordt doorverwezen, en diens welzijn en integratie in de gemeenschap bevorderen. Het gaat niet over een rechtstreekse therapeutische begeleiding, wel om ondersteuning vanuit de tweede lijn.

NETWERK : Brussel
CONTACTPERSOON: Mahe Aja
TELEFOON: 02 502 69 49
MAIL : cellulesmes@hotmail.com
WEBSITE: www.smes.be

**Cellule d'appui médico-
Psychologique d'intersection
entre la santé mentale et
l'exclusion sociale du SMES-B**

Fr

De ondersteuningscel is een voorziening van SMES-B voor een betere toegang tot zorg en hulp voor daklozen met psychische problemen.

Het is een pluridisciplinair team bestaande uit een psychiater, een psycholoog, een therapeut en een sociaal assistent. Alle medewerkers werken deeltijds, het project beschikt momenteel over 2 VTE. De ondersteuningscel wordt gefinancierd door de Gemeenschappelijke Gemeenschapcommissie van Brussel -Hoofdstad, de Franse Gemeenschapcommissie en de FOD Volksgezondheid.

De partners zijn de instellingen van het Brussels psycho-medisch-sociaal netwerk, en meer specifiek de instellingen die werken met het bovengenoemde doelpubliek. Het uitwerken en verspreiden van intersectoriële en netwerkpraktijken die zijn aangepast aan de noden van personen met meervoudige complexe problematieken maakt het project vernieuwend én goed transparant.

NETWERK : Transmurale zorg Leuven-Tervuren
CONTACTPERSOON : Nico De fauw
TELEFOON: 016 31 99 99
MAIL: nico.defauw@passant.be
WEBSITE: www.consultdeskggz.be

**Consult Desk GGZ
Vlaams Brabant**

NI

De Consultdesk Geestelijke Gezondheidszorg Vlaams-Brabant biedt telefonisch advies aan artsen en hulpverleners uit de eerste lijn die kampen met vragen over psychische of psychiatrische problemen bij hun cliënten of patiënten.

Het is de bedoeling om zorgverstrekkers die actief zijn op de eerste lijn te versterken zodat zij samen met de patiënt zelf de regie over de zorg behouden, snel een antwoord krijgen op hun vragen en gericht kunnen doorverwijzen.

Gestart in juni 2013 is de Consultdesk vooral een telefonische, maar ook een online helpdesk. Acht therapeuten, experts binnen hun domein, bemannen tijdens werkdagen afwisselend de telefoon. De Consultdesk GGZ is te bereiken op het nummer 070/21 05 21. Buiten de telefonische dienstverlening kan men via mail contact opnemen. Alle info is te vinden op www.consultdeskggz.be.

De Consultdesk GGZ heeft nog een ruime groeimarge. Enerzijds naar bekendmaking toe, anderzijds naar werkingsgebied. Momenteel is dit beperkt tot Vlaams Brabant, maar een uitbreiding op Vlaams niveau is een realistische doelstelling, mits de nodige financiële ondersteuning.

NETWERK : Région du Centre - Mosaïque
CONTACTPERSOON : Janaina Costa
TELEFOON : 064 22 46 04 - 0470 23 18 83
MAIL : janaina.costa@fracarita.org

**Articulation soins
en santé mentale et
soins de santé primaires**

Fr

Dit initiatief is vernieuwend doordat het huisartsen en psychiaters samenbrengt rond een aantal gemeenschappelijke doelstellingen:

- ‘medische zorg’ wordt geïntegreerd binnen de ‘geestelijke gezondheidszorg’
- verbetering van de informatie-uitwisseling tussen de behandelende arts en de psychiater.
- verbetering van de verwijzing door de eerste lijn naar geestelijke gezondheidszorg.

Dit vereist de organisatie van regelmatige vergaderingen met heel concrete agenda's en een strikt beheer van de vergadertijd. Het probleem van overladen agenda's is niet te verwaarlozen. Indien hier uitvoeriger werk moet worden van gemaakt, dan zou een financiële tegenprestatie vereist zijn, gelet op het zelfstandig statuut van huisartsen. Deze praktijk lijkt vrij gemakkelijk transponeerbaar maar is sterk afhankelijk van de persoonlijkheid van elke arts.

NETWERK: Noord-West-Vlaanderen
CONTACTPERSOON: Frank Schillewaert
TELEFOON: 050 34 24 24
MAIL: frank.schillewaert@cgg.be

**Psychiatrisch
Expertise Team (PET)**

NI

Het PET wordt gesitueerd binnen functie 1(B). Doelstelling van dit initiatief is het uitbouwen van vroegdetectie, vroeginterventie en toeleiding naar gespecialiseerde GGz in nauwe samenwerking met de zorgaanbieders uit de eerste lijn. Daarnaast wensen wij vanuit de bestaande psychiatrische expertise onze doelgroep te ondersteunen en te coachen bij hun confrontatie met (vermoedens van) GGz-problematiek. Hiertoe verenigt PET de expertise die aanwezig was in de teams 'Psychiatrische zorg in de thuissituatie' (PZT: netwerkvorming rond patiëntstelsel) en het Voordeurteam van het CGG (indicatiestelling, opmaak behandelplan,...). Er werd in beide subregio's van het werkingsgebied een telefonisch centraal aanmeldpunt (CA) geïnstalleerd.

Dit CA werd door middel van een heldere communicatie bekend gemaakt bij alle zorgaanbieders uit de eerste lijn, en is bereikbaar tijdens kantooruren. Aangemelde casussen worden naargelang de eerste inschatting besproken op één van de twee multidisciplinair samengestelde overlegtafels. De '**patiëntgerichte tafel**' bespreekt aanmeldingen die vrij eenvoudig kunnen toegeleid worden naar ambulante raadplegingen in functie van indicatiestelling of behandeling. Rond deze tafel is vooral GGz-competentie aanwezig.

De '**netwerkgerichte tafel**' bespreekt aanmeldingen waarbij toeleiding naar ambulante raadplegingen niet haalbaar, zinvol of wenselijk is (bijvoorbeeld omwille van het ontbreken van een werkbaar hulpvraag bij patiënt terwijl het netwerk geconfronteerd wordt met belangrijke moeilijkheden).

NETWERK: LEUVEN
CONTACTPERSOON: Sylvia Hubar
TELEFOON: 016 23 09 03
MAIL: sylvia.hubar@wgcridderbuurt.be
WEBSITE: www.wgcridderbuurt.be

NI

Patiënt in beeld

‘Patiënt in beeld’ heeft samen met patiënten met een psychische kwetsbaarheid en met eerstelijnsverleneren een model voor gedeelde zorg ontwikkeld. Het model vertrekt vanuit een herstelgerichte visie op patiënten en op de specifieke rol van de eerstelijnszorg. Er is gezocht naar een goede wijze om zorgcontinuïteit te realiseren.

Om vanuit een gezamenlijke verbondenheid met tweede en derde lijn de regie zoveel mogelijk in handen van de patiënt te laten. Het zorgmodel kan door elke zorgverstreker gebruikt worden om het hulpverleningstraject te kiezen, op maat van de patiënt, zijn/haar situatie en de mogelijkheden van de hulpverleners.

Het project ‘Bewegen op Voorschrift psy’ is gegroeid om ook buiten opnames aan beweging te doen, gezien dit vaak een belangrijke rol speelt in het herstelverhaal. De huisarts maakt hierbij een voorschrift op voor ‘bewegen’ en verwijst naar een beweegcoach die op maat werkt. We blijven pleiten voor extra ondersteuning van de beweegcoach (expertise en tijd) om de instroom van deelnemers met psychische kwetsbaarheid mogelijk te houden binnen de ruimere ‘Bewegen Op Voorschrift’-methodiek.

De uitgangspunten van collaborative care en stepped care zijn de voedingsbron voor het project ‘patiënt in beeld’.

Het project vraagt de inzet van een deeltijdse projectwerker die met de ervaringen van patiënten beleidsmatig en actiegericht aan de slag wil met en binnen de zorgnetwerken art 107.

NETWERK: Accolade – Regio Ieper-Diksmuide
CONTACTPERSOON: Leen Ballieu
TELEFOON: 0496 160 612
MAIL: leen.ballieu@sociaalhuispoperinge.be
WEBSITE: www.netwerkacolade.be

NETWERK: PAKT
CONTACTPERSOON: Isabel Debuysere
TELEFOON: 0490 56 86 42
MAIL: isabel.debuysere@pakt.be
WEBSITE: www.pakt.be

NETWERK : Noolim - Oost-Limburg
CONTACTPERSOON : Katrien De Wilde en Jan Van den Eeden
TELEFOON : 0491 22 13 08
MAIL: elpmaaskant@gmail.com
WEBSITE: www.elpmaaskant.be

Eerstelijnspsychologische functie

Kortdurende, laagdrempelige en oplossingsgerichte hulpverlening is het uitgangspunt van een eerstelijnspsycholoog. Niet-complexe psychische klachten, zoals aanpassingsproblemen, stemmingsproblemen en stressklachten worden in maximum 10 sessies op een generalistische manier in kaart gebracht en besproken. Bij complexere klachten wordt de situatie geëxploreerd en gebeuren verwijzingen volgens de principes van getrapte zorg (stepped care).

De eerstelijnspsychologen zijn vlot bereikbaar door te werken vanuit een eerstelijns huis, een wijkgezondheidscentrum, een huisartsenpraktijk of een Sociaal Huis.

Om deze getrapte zorg en efficiënte doorverwijzingen naar gespecialiseerde hulpverlening te garanderen, werken de eerstelijnspsychologen binnen een netwerk geestelijke gezondheidszorg samen met de tweede en de derde lijn.





3. Governance van netwerken

Sinds enige jaren worden **netwerken van organisaties** ontwikkeld waarin organisaties uit verschillende maatschappelijke sectoren samenwerken om kwalitatieve ambulante zorg te verstrekken aan de burger met een geestelijke gezondheidsproblematiek. Het programma van de Belgische Hervorming 'Naar een betere geestelijke gezondheidszorg' heeft als doel een efficiënte samenwerking tussen verschillende actoren uit een omschreven regio onder de vorm van netwerken te realiseren. Het is de bedoeling dat die netwerken duurzaam zijn.

In het programma behouden individuele organisaties uit verschillende sectoren hun autonomie. Ze worden echter structureel betrokken in de samenwerking om de geestelijke gezondheid van de bevolking uit de betrokken regio te ondersteunen.

Deze netwerken worden beschouwd als vernieuwende 'tools' om kwalitatieve zorg te verstrekken, vooral omdat 'geïntegreerde' dienstverlening niet langer door individuele organisaties kan worden aangeboden. Netwerken laten toe dat een ruimer zorgaanbod kan worden ontwikkeld om de zorgverlening, het risicobeheer en het delen van de verantwoordelijkheden te verbeteren.

Netwerken zijn een organisatorisch middel om complexe maatschappelijke problemen op te lossen door de gefragmenteerde activiteiten van autonome organisaties met hun specifieke competenties te coördineren.

Er ontstaat een netwerk van organisaties wanneer autonome partners wederzijds afhankelijk worden om bij te dragen tot de realisatie van beleidsdoelstellingen. Meestal wordt een netwerk opgericht wanneer partners (logistieke, menselijke en financiële) middelen moeten delen om gezamenlijke acties te ondernemen.

In de wetenschappelijke literatuur wordt deze vorm van samenwerking getypeerd als 'netwerk als entiteit'. Dit type netwerk wordt gezien als middel om adequate publieke dienstverlening in de zorg te organiseren.

'**Governance**' en '**netwerken**' zijn concepten die in de vakliteratuur en in beleidsteksten soms samen opduiken. De vraag wordt gesteld hoe dit type netwerken op een duurzame manier kunnen bijdragen tot vooropgestelde doelen en hoe netwerken geïnstitutionaliseerd geraken. In dat verband duikt de relevantie van het 'bestuur' (governance) van deze netwerken op.

Governance kan, in algemene zin, worden begrepen als een 'managementstrategie' die de activiteiten van actoren binnen een netwerk coördineert en beschikbare middelen wederzijds deelt, om een gemeenschappelijke doelstelling te realiseren.

NETWERK : Réseau Santé Namur
CONTACTPERSOON: Didier De Riemaecker
TELEFOON : 0491 62 68 04
MAIL : coordination@reseausantenamur.be
WEBSITE: www.reseausantenamur.be



Le modèle de gouvernance : **Approche globale, intégrée, consultative, participative,** **horizontale et productive**

De uitwerking van de gids 'Naar een betere geestelijke gezondheidszorg' voorziet de ontwikkeling van intersectorale netwerken.

Verschillende sectoren (met verschillende werkwijzen en verschillende doelstellingen) doen samenwerken is een stevige uitdaging.

Om dit op een werkelijk innoverende manier waar te maken is er een governance model nodig dat transparant en gestructureerd is, en dat elke sector respecteert.

In het kader van het experiment van Réseau Santé Namur werd dit governance model ingevoerd volgens een globale, geïntegreerde, consultatieve, participatieve, horizontale en productieve benadering.

De interne werking van het netwerk is zo ontwikkeld dat de uitdagingen in de GGz op een globale manier worden benaderd.

Er wordt mee rekening gehouden hoe die binnen andere problemen geïntegreerd zijn.

Alle partners van het netwerk worden geraadpleegd en de participatie van patienten en hun naastbetrokkenen wordt bevorderd.

Er wordt voor gezorgd dat de betrokken actoren op gelijke voet staan, en dat er operationele tools en procedures worden aangeleverd.

NETWERK: SaRA - Antwerpen
CONTACTPERSOON: Helga Peeters
TELEFOON: 0468 12 82 61
MAIL: helga.peeters@oggpa.be
WEBSITE: <http://sara.oggpa.be>

NI

Bestuurs- en communicatiemodel van SaRA

Om een efficiënte operationalisering van het SaRA-netwerk te realiseren, werd een dynamische werk- en overlegstructuur uitgewerkt waarbij rekening wordt gehouden met een goede verhouding tussen gedragenheid en inspraak voor de netwerkpartners en voldoende daadkracht om als netwerk te opereren.

SaRA heeft duo-voorzitters en duo-netwerkcoördinatoren (beiden 50%) die een duidelijk mandaat gekregen hebben van de leden van het netwerkcomité.

Het communicatiemodel van SaRA zorgt ervoor dat de partners uitgebreid worden geïnformeerd over de ontwikkelingen en realisaties van het netwerk via verschillende kanalen: een website met gerichte rubrieken en duidelijke opbouw, een nieuwsbrief (+1000 ontvangers), een tweemaaljaarlijks groot partneroverleg met actuele thema's, rondgangen in het kader van toelichting SaRA en nieuw aanbod SaRA en telefonische contacten ter zake.

NETWERK: Noolim
CONTACTPERSOON: Johan Sijm
TELEFOON: 0491 72 73 01
MAIL: netwerkcoordinator@noolim.net
WEBSITE: www.noolim.net

Noolim, netwerk GGZ

Governance model


Het netwerk Noolim organiseert de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen in de regio Oost-Limburg en vertrekt hierbij vanuit een uitgeschreven visie op het verlenen van zorg aan personen met een mentale kwetsbaarheid. Het netwerk is samengesteld uit residentiële en ambulante GGZ-partners, voorzieningen en vertegenwoordigers van de eerste lijn, organisaties actief op vlak van arbeid, patiënten- en familievertegenwoordiging, spelers uit de welzijnssector.

Doel van het netwerk is het creëren van meerwaarde voor de GGz-cliënt, het netwerk en het personeel van alle aan het netwerk verbonden voorzieningen. Onze kernwaarden zijn verbondenheid, transparantie en dialoog.

Om haar missie te realiseren heeft het netwerk een governance model ontwikkeld: een breed participatief model waarbij we betrokkenheid, eigenaarschap en verantwoordelijkheid van alle netwerkpartners nastreven.

Een bestuursmodel waarbinnen we kiezen voor decentralisatie en coördinatie van bevoegdheden, bestuursorganen kennen met duidelijke rollen en verantwoordelijkheden, aandacht hebben voor de transversale verbindingen tussen functies.

De stem van de patiënt en zijn familie krijgt in dit model een prominente plaats.



4. Participatie en empowerment van patiënten en naastbetrokkenen

Tot voor kort kregen mensen met psychische kwetsbaarheden zelden de kans om hun visie op de organisatie van de GGZ te geven en werden ze weinig betrokken bij keuzes met een belangrijke weerslag op hun eigen leven. Zijzelf, hun families en andere betrokkenen werden slechts weinig betrokken bij beslissingen die hen aanbelangden. Tot nu blijven ze vaak slachtoffer van discriminatie of uitsluiting op verschillende levensdomeinen: sociaal, cultureel, professioneel...

Het denken over 'geestelijke gezondheid' is bij professionelen, in de maatschappij in het algemeen, én bij de gebruikers en hun naasten zelf tijdens de laatste jaren sterk geëvolueerd. Beetje bij beetje zag men een verschuiving van de notie van een 'passieve patiënt', onderworpen aan de kennis, het weten en de macht van de professionals, naar een 'actieve gebruiker', regisseur van de eigen zorg en actief betrokken in het herstelproces.

Internationaal wordt het belang onderstreept van de rol en de participatie van gebruikers, zowel op het vlak van individuele zorg als op het collectieve plan, en op alle niveaus van de zorgorganisatie.

De term '**participatie**' verwijst naar verschillende uitdagingen en acties:

- de actieve deelname van gebruikers aan projecten die hen aanbelangen. Bedoeling is dat de gebruikers zich laten horen, zich actief inzetten en zich integreren in die projecten;
- 'co-productie' van projecten door professionelen én gebruikers. De belangrijkste doelstelling daarbij is dat bij het opzet of de voortgang van het project gebruikers op een betekenisvolle wijze betrokken zijn bij alle fasen ervan: definitie, conceptie, sturing en evaluatie.

'**Empowerment**' is een recent begrip. Vandaag ziet men het opnemen van verantwoordelijkheid voor het eigen leven als een fundamenteel principe in de gezondheidspromotie in het algemeen en voor gebruikers van de GGZ in het bijzonder. De term verwijst naar aspecten van keuze, beslissingsrecht, invloed en controle die gebruikers van de GGZ kunnen uitoefenen over de gebeurtenissen in hun leven.

In het kader van de hervorming van de GGZ en meer specifiek, in het kader van het project 'Participatie van patiënten en naastbetrokkenen' wordt aan organisaties van gebruikers en van hun naasten gevraagd om aanbevelingen te doen, die vanuit hun standpunt, 'goede praktijken' aangeven met betrekking tot de organisatie en het functioneren van zorgnetwerken.

Sinds enige jaren werken deze organisaties nauw samen aan een ambitieuze doelstelling: het inbrengen van hun ervaringsdeskundigheid in de Hervorming en de verbetering van de zorg. De vele innovatieve praktijken die in het hele land hierrond het licht zagen getuigen daarvan.

NETWERK : Réseau Santé Namur
CONTACTPERSOON: De Riemaecker Didier
TELEFOON : 0491 62 68 04
MAIL : coordination@reseauantenamur.be
WEBSITE: www.reseauantenamur.be

La représentation des usagers et des proches, le Conseil d'usagers et le Conseil de proches

De netwerken die werden opgezet in het kader van de hervorming 'Naar een betere geestelijke gezondheidszorg' worden uitgenodigd om de participatie van gebruikers van de geestelijke gezondheidszorg en hun naastbetrokkenen te organiseren. Het Gezondheidsnetwerk Namen heeft meerdere manieren ontwikkeld om deze participatie gestalte te geven: enerzijds worden vertegenwoordigers van patiënten en van naasten opgenomen in de adviesorganen van het netwerk, anderzijds werd zowel een Raad van Gebruikers als een Raad van Naasten opgericht. Deze raden staan respectievelijk open voor gebruikers en voor naasten van gebruikers, die hun ervaringen willen delen over de organisatie van de GGz en die aanbevelingen willen opstellen voor de beroepsbeoefenaars.

Onder meer via deze twee structuren nemen de patiënten en hun naastbetrokkenen deel aan de dynamiek van het gezamenlijk bouwen aan de uitwerking van projecten, en aan de beslissingsprocessen binnen het netwerk.

NETWERK : Hermès +
CONTACTPERSOON: Nathalie Mahieu
TELEFOON : 0497 41 11 96
MAIL : contact@incontriasbl.be
WEBSITE: www.incontriasbl.be

Incontri

De vzw 'Incontri' is paritair samengesteld uit beroepsbeoefenaars en ervaringsdeskundigen uit de sector van de GGz en zij streeft naar preventie en destigmatisering van de GGz in de sector van onderwijs en opleiding, in de werkomgeving en binnen instellingen.

Dit gebeurt in de vorm van ontmoetingsmodules die steunen op wederkerigheid en de uitwisseling van kennis en kunde. De belangrijkste actoren in deze modules zijn ervaringsdeskundigen, voor wie deze betrokkenheid een gelegenheid is om opnieuw sociaal zichtbaar te worden en de gemeenschap te verrijken met hun ervaringen.

Bij elke activiteit wordt erover gewaakt dat het doelpubliek over geen enkel element beschikt dat het mogelijk maakt de ervaringsdeskundigen te onderscheiden van de andere leden van de vzw. Deze keuze strookt met onze wens om ontmoetingsruimte te creëren waarbinnen personen zich profileren via een discours van sterktes, eerder dan via een discours van defecten.

NETWERK : Fusion Liège
CONTACTPERSOON: Jean-Marc Bienkowski
TELEFOON : 04 248 06 99
MAIL : together.belgique@gmail.com
WEBSITE: together-belgique.be

**Together
Belgique**

Fr

De vzw 'Together' verenigt gebruikers en ex-gebruikers van geestelijke gezondheidsdiensten in de ruime zin van het woord. De doelstellingen van de vereniging zijn heel verscheiden. Enerzijds zijn er vertegenwoordigingsactiviteiten binnen strategische instanties, er worden gebruikerscomités en lokale raden ingericht, en anderzijds worden er clubs voor vrijetijdsbesteding ontwikkeld. Momenteel krijgt de vereniging een facultatieve subsidie van het Waals Gewest, die de tewerkstelling van een halftijds coördinator mogelijk maakt. Het zijn echter de gebruikers zelf die in de organisatie hun plaats innemen door de rol van animator of secretaris op te nemen. Deze praktijk valoriseert sociale rollen en vormt een preventiemodel tegen het isolement van patiënten via een gediversifieerde waaier van vrijetijdsactiviteiten.

NETWERK: Zuid-West-Vlaanderen
CONTACTPERSOON: Soetkin Kesteloot
TELEFOON: 0474 81 29 01
MAIL: info@psy107zwwl.be

**The Human
Library**

NI

The Human Library is een beeldvormingsinitiatief dat zich richt naar het brede publiek. Binnen de lokale bibliotheek kunnen 'levende boeken' uitgeleend worden. Deze levende boeken hebben allen een ervaring binnen de GGz: als (ex-) patiënt, familielid of hulpverlener. Door het lezen van een korte samenvatting van het levensverhaal op de achterflap kunnen bibliotheekbezoekers levende boeken selecteren en met hen in gesprek gaan. De Human Library wil het taboe dat rust op psychisch ziek zijn doorbreken en de GGZ in een beter daglicht stellen. Voor dit initiatief is het noodzakelijk dat verschillende GGz-actoren uit de regio samenwerken en dat ook samenwerking gezocht wordt met de lokale bibliotheken. Zij stellen de ruimte ter beschikking en staan in voor publiciteit (in o.a. het stadsmagazine).

De Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid staat in voor het concept en de praktische ondersteuning.

Het budget voor dit initiatief is beperkt tot het drukken van flyers of affiches en het aankopen van kleine attenties voor de levende boeken.

Dit initiatief kan makkelijk getransfereerd worden indien voldoende ervaringsdeskundigen gevonden worden.

NETWERK: Zuid-West-Vlaanderen
CONTACTPERSOON: Soetkin Kesteloot
TELEFOON: 0474 81 29 01
MAIL: info@psy107zwvl.be

Praatkaffee In Balans

NI

Het Praatkaffee In Balans is een organisatie van het volledige Netwerk GGz in Zuid-West-Vlaanderen. De ontmoetingsavonden richten zich naar familieleden en naasten van mensen met een persoonlijkheidsproblematiek en hebben als doel lotgenotencontact mogelijk te maken. Er wordt telkens een spreker uitgenodigd die een specifiek aspect van de problematiek belicht.

Achteraf wordt er op een informele manier ruimte gemaakt voor een gesprek tussen de aanwezige familieleden. Het initiatief wordt betaald en georganiseerd door de GGz-partners uit het netwerk. Per avond wordt 250 euro gebudgetteerd en worden 5 à 6 personeelsleden voorzien.

Het Praatkaffee gaat 4 keer per jaar door op een neutrale locatie in Kortrijk.

Dit initiatief kan getransfereerd worden naar andere regio's.

De Praatkaffees kunnen zich ook richten tot familieleden van andere patiëntenpopulaties. Dit dient regionaal afgestemd te worden.

NETWERK: Noord-West-Vlaanderen
CONTACTPERSOON: Geert Gardin
TELEFOON: 050 30 18 07
MAIL: Geert.Gardin@olv.gzbi.be
WEBSITE: www.praatkaffee-destem.be

Praatkaffee De Stem

NI

De Stem, het Praatkaffee Psychose, startte eind september 2010 met zijn werking. Dergelijk initiatief voor familie en naastbetrokkenen dat samen georganiseerd werd door diverse (een 17-tal) zorgpartners was in die tijd uniek. Met dit project heeft men 'gepionierd'. Het is een combinatie van inhoudelijke informatie en lotgenotencontact.

De inhoudelijke informatie is zeer divers qua thematiek en methodiek (zie www.praatkaffee-destem.be voor het programma van de voorbije bijeenkomsten: beeldvorming, poëzie, kunst, film, getuigenissen, panelgesprekken, enz). Bij het lotgenotencontact staan vooral herkenning en steun voorop.

Het Praatkaffee De Stem wordt aangestuurd door een stuurgroep die is samengesteld uit hulpverleners, vrijgesteld vanuit hun organisatie, en familieleden.

NETWERK : Tournai
CONTACTPERSOON: France Dujardin
TELEFOON : 0470 22 35 55
MAIL : beubart@reseauho.be



LE B'Eau B'Art

B'Eau B'Art is een 'therapeutisch bistro' dat gezamenlijk wordt beheerd door gebruikers en beroepsbeoefenaars uit de GGz. Het steunt op de levenservaring en op de inventiviteit van de gebruikers die er komen. Het richt zich tot psychisch kwetsbare mensen die banden willen smeden, die iets om handen willen hebben of die gewoon een rustig moment zoeken in een gezellige omgeving. Het biedt de kans om opnieuw een 'sociaal doel' te vinden. De club ligt in het centrum van de Doornik. Ze is alle dagen open van maandag tot vrijdag, alsook één avond en één zaterdag per maand.

De club drijft op de samenwerking tussen meerdere instellingen die zorgen voor personeel, op een facultatieve subsidie van het Waals Gewest en op verkoopopbrengsten. De praktijk is makkelijk transponeerbaar, al zal ze elke keer verschillend zijn. Het moeilijkste is het vinden van investeringspartners (lokalen, personeel, meubilair, ...).

NETWERK: SaRA - Antwerpen
CONTACTPERSOON: Helga Peeters
TELEFOON: 0468 12 82 61
MAIL: Helga.peeters@oggpa.be
WEBSITE: <http://sara.oggpa.be>



Ervaringsdeskundigheid in mobiele teams

Sinds 2013 worden vanuit de werkingsmiddelen van SaRA twee betaalde ervaringsdeskundigen ingezet in het Mobiel Team Antwerpen (MTA) De Link en MTA De Vliering. Aanvankelijk in ieder team 0,50 VTE en sinds 2015 bij De Link 0,75 VTE.

Zij waarborgen de gelijkwaardigheid en bieden als rolmodellen hoop en bemoediging aan cliënten met een psychische kwetsbaarheid op weg naar hun persoonlijk herstel. Voorwaarde om deze functie te vervullen en deze nieuwe discipline 'body' te geven, is de inbedding in een breed lerende context met een ruim gedragen draagvlak (GGz, onderwijs, etc) en samenwerkingen over de functies heen.

Het concept van de betaalde begeleiders met ervaringsdeskundigheid (BGE) in een mobiel team is in die mate uitgewerkt dat deze door andere organisaties kan overgenomen worden. De BGE wordt gefinancierd uit de werkingsmiddelen SaRA zoals toegekend door de betrokken overheid en voor het MTA De Link deels vanuit eigen middelen.

NETWERK: Halle Vilvoorde
CONTACTPERSOON: Toon Derison
TELEFOON: 0497 43 75 81
MAIL: toon.derison@ahasverus.be
WEBSITE: www.herstelacademie.be

Herstelacademie

NI



Een Herstelacademie biedt een open cursusaanbod rond diverse thema's die te maken hebben met psychisch herstel. Aan de academie werken professionals en mensen met ervaringskennis op een gelijkwaardige manier samen.

De cursussen worden samen gemaakt (co-productie), er wordt samen les gegeven (co-delivery) en we leggen een focus op samen leren (co-learning).

De oprichting en de werking van een herstelacademie wordt in het buitenland gezien als één van de belangrijke stappen in de organisatie van een Herstelgerichte GGZ. (Implementing Recovery through Organisational Change, 2013).

Educatie, participatie en empowerment zijn belangrijke principes in dit aanbod. Het initiatief is aanvullend op wat vandaag reeds bestaat rond behandeling, training, opleiding en ondersteunende zorg. Onderzoek naar de succesfactoren en een structureel kader voor het uitrollen van een herstelacademie binnen een GGZ netwerk dient te worden uitgewerkt.

NETWERK: Leuven
CONTACTPERSOON: Laure Verbruggen
TELEFOON: 016 27 03 10
MAIL: laure.verbruggen@vlabo.be
WEBSITE: <http://www.vlabo.be/?action=onderdeel&onderdeel=447>

NI



In tandem door het land van herstel **DENK: door ervaring naar kennis**

Ervaringsdeskundigen en hulpverleners gaan interactief op zoek naar de betekenis van herstel. DENK heeft een workshop, met als doelstelling om Vlaamse hulpverleners te helpen meer herstelgericht te werken, helemaal zelf bedacht en ontwikkeld. Vanuit eigen ervaringen en verhalen proberen de DENK-leden de herstelgerichte zorg te optimaliseren. Wat deze werkvorm zo sterk maakt is dat 'ex-patiënten' les geven aan hulpverleners waardoor de rollen omgekeerd worden. Het is niet meer de professional die aan zijn cliënt uitlegt hoe het moet. Het resultaat is een mooie uitwisseling, die het 'samen'-gevoel versterkt. Samen bouwen aan herstelondersteunende zorg.

Elk netwerk met een georganiseerde groep ervaringsdeskundigen kan een dergelijk project opstarten.

NETWERK: Het Pakt
CONTACTPERSOON: Van Den Steen Jochen
TELEFOON: 0490 44 59 10
MAIL: jochen.vandensteen@pakt.be



Clëntenbureau

Het cliëntenbureau is een initiatief van Het PAKT in samenwerking met de provincie Oost-Vlaanderen en de werkgroep Ervaringsdelen en Destigmatisering. In het cliëntenbureau worden 2 procesbegeleiders (een hulpverlener en een ervaringsdeskundige) tewerkgesteld en werken zes vrijwilligers.

De financiële middelen zijn drieledig: eigen inkomsten, een projectsubsidie van Het PAKT en een projectsubsidie van de provincie Oost-Vlaanderen.

De samenwerking met Aanloophuis Poco Loco en de werkgroep Ervaringsdelen en Destigmatisering zorgen voor een mooie wisselwerking.

Mensen kunnen door – en instromen via de verschillende deelprojecten.

De verschillende partners scheppen een omgeving waarin het cliëntenbureau bottom-up en organisch kan groeien.

De methodiek van dit initiatief is zeker transfereerbaar naar andere regio's en het zou een grote ondersteuning kunnen zijn voor ervaringsdeskundigen ter plekke.



5. Socio-professionele inclusie

De WGO beschrijft een goede geestelijke gezondheid als 'een toestand van welzijn waarin het individu zich bewust is van zijn bekwaamheden, de gewone stress van het leven aankan, productief en rendabel kan werken, en in staat is een bijdrage te leveren aan zijn gemeenschap'. Stigmatisering is 'één van de voornaamste problemen waarmee personen met psychiatrische stoornissen worden geconfronteerd'. Stigmatisering doet afbreuk aan het gevoel van eigenwaarde, draagt bij tot een verslechtering van gezinsrelaties en verhindert individuen om zich **maatschappelijk in te schakelen, en een woonst en werk te vinden.**

Een situatie van isolement en van verlies van sociale inschakeling als burger is het belangrijkste kenmerk van de handicap die samenhangt met psychische stoornissen en terzelfdertijd frequent leidt tot hervat. Dergelijke situatie is vaak gelieerd met het afbreken van geplande en gestabiliseerde zorg. Uit talrijke studies blijkt evenwel dat een persoon in de gemeenschap kan ingeschakeld blijven als hij de noodzakelijke flexibele en adequate ondersteuning krijgt. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat de kans op rehospitalisatie zeer sterk vermindert door de implementatie van een aangepaste opvolging in de gemeenschap.

Door interventies die de ontwikkeling van doelgerichte vaardigheden en een adequate ondersteuning bevorderen, is het mogelijk om de reïntegratie van deze mensen en de opvolging na een opname aanzienlijk te verbeteren.

In het actieplan voor de geestelijke gezondheid in Europa van de WGO worden de uitdagingen voor de komende jaren beschreven. Deze bestaan erin om een beleid en wetgeving uit te werken, te implementeren en te evalueren die leiden tot acties, waardoor het welzijn van de hele bevolking wordt verbeterd, geestelijke gezondheidsproblemen worden voorkomen en de integratie en het functioneren van personen met dergelijke problemen worden bevorderd.

Psychosociale rehabilitatie is een systematische methodiek die erop gericht is om gebruikers te helpen het milieu te kiezen waar ze willen leven, waar ze opleiding(en) willen volgen of willen werken, waardoor ze een gevoel van succes kunnen ervaren. Psychosociale rehabilitatie heeft ook als doel om de hulpverlening zo uit te bouwen dat dit mogelijk wordt. Zo past psychosociale rehabilitatie in het zorgaanbod. Daarbij zal het er dus op aankomen om gebruikers te helpen om de nodige vaardigheden te ontwikkelen in het milieu van hun keuze en de ondersteuning te bieden die zij nodig hebben om hun zelfgekozen doelstellingen te realiseren. De uitdaging bestaat erin om de gebruikers in de gemeenschap te integreren en ervoor te zorgen dat ze er actief aan kunnen deelnemen. Het doel is hulpverlening aan te bieden om in deze omgeving beter te functioneren en te 'herstellen': een positieve identiteit te ontwikkelen in zelfgekozen sociale rollen. Alhoewel psychosociale rehabilitatie tot doel heeft de slaagkansen van gebruikers te verhogen zodat ze in het milieu van hun keuze kunnen functioneren met zo weinig mogelijk professionele interventies, dient men er rekening mee te houden dat het gaat om een proces dat begint met en eindigt bij de gebruikers, waarbij prioritair aandacht wordt geschonken aan de bijdrage en de keuzes van de betrokken individuen.

Bovendien zal het erop aankomen om functionele tekorten te compenseren of uit de wereld te helpen en de interpersoonlijke en omgevingsbarrières te overwinnen die gepaard gaan met de aanwezigheid van een handicap. Tenslotte is het de bedoeling om de capaciteiten om een autonoom leven te leiden te herstellen door sociale uitsluiting en werkloosheid terug te dringen.

NETWERK: Noord-West-Vlaanderen
CONTACTPERSOON: Joost Vanhaecke
TELEFOON: 050 44 61 80
MAIL: Joost.vanhaecke@ib.gzbj.be
WEBSITE : www.inghelburch.be

Arbeidscoaching GGZ



Het project 'arbeidscoaching GGZ Noord-West-Vlaanderen' heeft bijgedragen tot de uitbouw van een arbeidsgeoriënteerde GGZ. Het hebben van werk, in welke vorm ook, is een bijzonder krachtige hefboom voor integratie in de samenleving. Maatwerk is het sleutelwoord om dit doel te bereiken.

Intensieve samenwerking met de sector arbeid is essentieel, alsook een -indien nodig- langdurige ondersteuning van cliënt en werkgever.

De gedeeltelijke overheveling van de GGZ naar de regio's creëert het momentum voor synergie tussen GGZ en arbeid.

Arbeidscoaching GGZ kan maar slagen als de keuze wordt gemaakt om dit project te laten groeien en er een leefbaar netwerk van maatwerkbedrijven en arbeidszorgcentra wordt gegarandeerd.

NETWERK: Halle Vilvoorde
CONTACTPERSOON: Toon Derison
TELEFOON: 0497 43 75 81
MAIL: toon.derison@ahasverus.be
jo.uytterhoeven@gtb-vlaanderen.be
WEBSITE: www.werkschriften.be

Werk Werkt!



'Werk Werkt!' is een methodiek die aansluit bij de wensen van mensen in hun zoektocht naar betaald werk en opleiding. Veel mensen met psychische problemen die geen job hebben en geen opleiding hebben genoten, willen wel werken of studeren. De methodiek bevat twee belangrijke vernieuwingen: het overnemen van de principes van Supported Employment én een nieuwe manier van intersectorale samenwerking (Knaeps, 2013).

Om de integratie tussen arbeid en GGz mogelijk te maken (de tweede pijler van het project) werden twee functies gecreëerd: de arbeidstherapeut en de arbeidsspecialist.

Deze twee vormen een miniteam en zijn de cruciale link met hulpverleners (psychologen, psychiaters, huisartsen,...) en arbeid (VDAB, RVA ...).

De arbeidstherapeut is meestal iemand van de sector zorg en focust op omgaan met symptomen, overleg met de psychiater, scheiding tussen privé en werk,...

De arbeidsspecialist zoekt vacatures, overlegt met de werkgever, is aanwezig op de werkvloer ...

NETWERK : Fusion Liège
CONTACTPERSOON: Pascale Jacquet
TELEFOON : 04 227 35 35
MAIL : p.jacquet.pegase@aigs.be

Cap Insertion



De module 'Cap Insertion' werd bedacht voor een specifiek publiek met geestelijke gezondheidsproblemen, dat de weg naar de arbeidsmarkt wil terugvinden. Het opzet van de module is om personen te dynamiseren en hen samen te brengen rond een gemeenschappelijk doel: professionele integratie. Deze module reikt een tiental gerichte thema's aan en biedt niet enkel een theoretisch begrippenkader rond tewerkstelling, maar wil een praktische tool zijn, waarbij de stap naar de verwezenlijking van persoonlijke integratieprojecten ook werkelijk wordt gezet. De gebruiker wordt zelf de actor van zijn re-integratie. Er ontwikkelt zich niet alleen een interne dynamiek binnen het team, maar er komt ook een extern netwerk tot stand dat bij deze missie betrokken geraakt.

NETWERK: Reling
CONTACTPERSOON: Dirk Michiels
TELEFOON: 0477 46 31 25
MAIL: dirk.michiels.activering@skynet.be
WEBSITE: www.reling.be

Job-Art Reling



Het initiatief Job-art houdt in dat vanuit verschillende GGz-partners middelen ingezet worden om samen met de Riziv-arbeidscoach een (in eerste instantie) netwerk-breed, specifiek en complementair aanbod van traject- en loopbaanbegeleiding aan te bieden aan een doelgroep die niet onmiddellijk aansluiting vindt bij bestaande reguliere actoren. En dat voornamelijk op basis van een psychische kwetsbaarheid.

Het team van 3,4 VTE ontwikkelt een aanpak op basis van de Individual Placement & Support (IPS)-methodiek met ondersteuning voor zowel cliënten als werkgevers. Gezien de complementariteit van het aanbod wordt samenwerking met VDAB en GTB nagestreefd en gefaciliteerd door o.a. (netwerk)overleg en 'zitmomenten' in lokale werkwinkels. De kernopdracht is toeleiding naar betaald werk waarbij het team zich inzet als 'GGz gespecialiseerde casemanager werk' en gezien z'n eigenheid een brugfunctie vervult tussen GGz en Arbeid, in communicatie met de casemanagers Zorg vanuit de voorzieningen.

Ervaring leert dat er op behoorlijk wat plaatsen in (zorg)voorzieningen mensen tijd en energie investeren in vormen van arbeidsrehabilitatie, maar op een eerder geïsoleerde manier.

Wij geloven in de meerwaarde om die bagage aan ervaring en middelen samen te brengen en zo zowel het aanbod, het rendement alsook de bereikbaarheid voor cliënten te optimaliseren.

NETWERK: SaRA - Antwerpen
CONTACTPERSOON: Helga Peeters
TELEFOON: 0468 12 82 61
MAIL: helga.peeters@oggpa.be
WEBSITE: <http://sara.oggpa.be>

ZoWeZo-team

NI

Het samenwerkingsmodel VDAB/GTB en SaRA, de integratie van de arbeidscoach in dit samenwerkingsmodel en de creatie van het ZoWeZo-team zijn gericht op methodische intersectorale samenwerking die een professionele re-integratie van personen met psychiatrische problemen verhoogt.

De betrokken netwerkpartners worden via het samenwerkingsmodel en de werking van het ZoWeZo-team aangezet tot meer en betere afstemming en samenwerking, in functie van betere cliënt-/ klantrajecten.

Via samenwerking wordt de functie van de arbeidscoach (1 FTE gefinancierd door RIZIV) ook geoptimaliseerd. De methodische intersectorale samenwerking is overdraagbaar naar andere regio's (cfr. ook in het Netwerk GGZ Kempen is er een variant van het samenwerkingsmodel SaRA en VDAB/GTB en wordt de oprichting van een plaatselijk ZoWeZo-team onderzocht), en mits aanpassingen, ook overdraagbaar naar andere doelgroepen (cfr. de toepassing van het draaiboek werd ontwikkeld uit de GTB-ervaringen met de doelgroep van hartpatiënten).

NETWERK: SaRA - Antwerpen
CONTACTPERSOON: Helga Peeters
TELEFOON: 0468 12 82 61
MAIL: Helga.peeters@oggpa.be
WEBSITE: <http://sara.oggpa.be>

Op de Brug

NI

Twee personeelsleden (resp. 100% en 80% VTE) worden ingezet op de brug tussen GGz en de buurt van cliënten: enerzijds als vrijetijdstrajectbegeleider en anderzijds als buurtwerker in lokale, reguliere buurtwerkingen. Dit biedt de kans om vanuit een niet-categoriale en niet-problematische werking (geïntegreerde basiswerking) te bekijken hoe mensen met een psychische kwetsbaarheid een plaats kunnen krijgen in de samenleving en hoe ze ondersteund kunnen worden bij participatie aan het vrijetijdsaanbod.

Deze praktijk bewijst iedere dag zijn meerwaarde en gaat uit van een eenvoudige methodiek die makkelijk toe te passen is in iedere geïntegreerde en laagdrempelige basiswerking, als nauwe samenwerking tussen een organisatie binnen een GGz-netwerk en andere (welzijns)partners in de buurt.

Om deze praktijk mogelijk te maken is er een budget nodig om personeel aan te werven, de nauwe betrokkenheid van een GGz-organisatie als 'thuishaven' en daarnaast is er nood aan een jaarlijks werkings- en activiteitenbudget.

NETWERK: Zuid-West-Vlaanderen
CONTACT PERSOON: Soetkin Kesteloot
TELEFOON: 0474 81 29 01
MAIL: info@psy107zwl.be



Optimaliseren samenwerking met actoren tewerkstelling

In het Netwerk GGz Zuid-West-Vlaanderen wordt sterk ingezet op de samenwerking met actoren uit de sector tewerkstelling (met name uit de sociale economie).

Naast een historische sterke band tussen beide sectoren werd in het kader van art 107 een intensievere samenwerking uitgebouwd.

Deze mondde uit in de organisatie van drie concrete studiedagen waarbij de samenwerking tussen de sectoren en het beter leren kennen van de bestaande diensten centraal stond.

De studiedagen voldeden telkens aan concrete vragen en noden die leefden in (één van) beide sectoren. De studiedagen werden praktisch en inhoudelijk in samenwerking tussen beide sectoren uitgewerkt. Ze betekenden telkens een win-win voor alle actoren.

Uit het grote aantal inschrijvingen en de intensievere contacten die achteraf voortvloeiden uit deze studiedagen, kan geconcludeerd worden dat deze studiedagen de samenwerking tussen beide sectoren voor mensen met een psychische problematiek op zoek naar werk, effectief verbeterd hebben.



Mobiele teams

Mobiele teams: behandelingssteams in de thuisomgeving

Binnen de geestelijke gezondheidszorg gaat het leeuwendeel van het budget nog steeds naar (grote) residentiële voorzieningen, zonder duidelijke verantwoordelijkheid voor de populatie van een omschreven regio. De plaats waar de zorg wordt aangeboden spooft niet met de noden.

De WHO bepleit in antwoord daarop een 'optimale mix van GGz-voorzieningen'. Het wetenschappelijk onderzoek ondersteunt een evenwicht tussen hospitalaal- en gemeenschapszorg (Balanced care model; Thornicroft en Tansella, 2009).

Er bestaat een brede consensus over de noodzaak om in de GGz de shift te maken van een model gebaseerd op traditionele, grote psychiatrische instituten naar een modern, omvattend zorgsysteem met het zwaartepunt in de gemeenschap, en back-up door acute psychiatrische afdelingen in ziekenhuizen.

In de literatuur worden vier soorten **mobiele teams** onderscheiden:

- De crisisteams, als alternatief voor een acute psychiatrische opname.
- De 'community mental health teams' zijn bedoeld voor het merendeel van de patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen en bieden langdurige steun als alternatief voor een langdurig hospitalaalverblijf.
- De 'assertive outreach'-teams bieden intensievere gemeenschapsondersteuning voor een moeilijk te bereiken groep van mensen met zeer ernstige langdurige psychiatrische problemen, vaak in combinatie met verslavingsproblemen.
- Tenslotte bestaan er sinds enige tijd mobiele teams voor mensen met een vroege psychose (McGorry e.a. 1996). Deze vallen buiten de scope van deze bijdrage.

Burns (2010) benadrukt dat '(mobiele) teams op zich de outcome niet verbeteren of hospitalisatie voorkomen': ze zijn een manier om effectieve, evidence-based interventies aan te bieden. Hij pleit daarom voor meer aandacht voor de interventies die door deze teams worden geleverd, en vooral voor de wijze waarop de werking van zo'n teams toelaat dat effectieve interventies worden aangeboden die in andere omstandigheden niet geleverd worden. Daarnaast erkent hij dat een op de hele persoon gerichte, 'herstelgerichte' benadering de noodzakelijke professionele expertise moet complementeren.

In de 'Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg' wordt een onderscheid gemaakt tussen ambulante intensieve behandelteams/mobiele teams voor mensen met acute geestelijke gezondheidsproblemen, en teams die zich richten op mensen met complexe, ernstige en langdurige psychiatrische aandoeningen. Hoewel deze twee soorten teams gegroeid zijn vanuit 'gemeenschappelijke' voorlopers (bijvoorbeeld het 'Training in community Living model' in Madison, Wisconsin; Stein & Test, 1980; Pieters, 1992) verschillen ze zowel wat betreft doelpopulatie (iedereen die in aanmerking komt voor een acute psychiatrische opname versus een geselecteerde subgroep van mensen met langdurige, uitgesproken zorgnoden) als wat betreft de tijdschaal van de interventies (kortdurend acuut over enkele dagen tot weken versus langdurige zorg).

Hierna zullen we de tweedeling van de Gids gebruiken om de verschillende benaderingen die daarbij horen te beschrijven. Daarbij zal het belangrijk zijn werkzame elementen uit het internationaal wetenschappelijk onderzoek aan te passen aan de Belgische situatie.



6. Mobiele teams

2a

Mobiele crisisteams gericht op mensen met acute psychische problemen

Vanaf eind jaren negentig werden crisisteams breed ontwikkeld in het Verenigd Koninkrijk. Ze staan daar bekend als 'Crisis resolution and home treatment teams' (Johnson e.a. 2008).

Het primaire doel van de **crisisteams** bestaat erin om psychiatrische opnames te voorkomen of te bekorten. In vele landen functioneren dergelijke teams daarom als 'poortwachter' van het residentiële psychiatrische systeem: zonder assessment door dat team is dan geen hospitalisatie mogelijk. Tevens gaat het team actief op zoek in het ziekenhuis naar patiënten die kunnen worden ontslagen. Het concrete behandeldoel bestaat er dan in om op korte termijn een ambulante behandeling te starten of te hernemen of andere vormen van (deeltijdse of dag-) behandeling aan te bieden.

Patiënten in crisis worden bij het crisisteam meestal aangemeld door huisartsen (of andere eerstelijns werkers) of door medewerkers van andere mobiele teams. Een groot deel van de verwezen patiënten is nieuw in de GGz. Bij hen zal het crisisteam eerst diagnostiek uitvoeren, waarna - indien nodig- een (ambulant) vervolgtraject wordt uitgestippeld. Bij patiënten in crisis die reeds een behandelaar hebben is zorgcontinuïteit het doel. Het crisisteam biedt dan geen op zichzelf staande behandeling, maar stelt –in samenwerking en overleg- behandelaars in staat tijdens crises of verstoringen toch met de behandeling voort te gaan.

Het multidisciplinair crisisteam, bestaande uit (psychiatrisch) verpleegkundigen, een psychiater, sociaal werker(s), en andere functies (psycholoog, ergotherapeut,...) biedt daartoe kortdurende intensieve psychiatrische thuiszorg (met diagnostiek en behandeling).

De interventies bestaan uit praktische ondersteuning, medicatie en familie therapie.

De begeleiding van een crisisteam duurt meestal maximaal 6 weken.

Van Veldhuizen (2004) beschrijft daarin verschillende fasen:

- Opstartfase: het crisisteam start zonder wachttijd. In een zorgoverleg met verwijzer, patiënt en thuismilieu worden behandeldoelen en -middelen afgesproken, zorg en veiligheid georganiseerd en rollen afgesproken. Dit wordt vastgelegd in een behandelplan.

- Acute thuiszorg fase: de eerste weken zijn het meest intensief. Dan is er dagelijks of vaker huisbezoek mogelijk. Gezien de intensiteit van de zorg komen verschillende teamleden bij patiënt thuis. Meestal zal toch één teamlid een coördinerende rol opnemen en zoveel mogelijk het contact met patiënt en diens omgeving, met behandelaar en huisarts verzorgen. Communicatie binnen het crisisteam is daarbij cruciaal. Teamleden zijn in deze fase actief ondersteunend en helpend bij concrete problemen (bijvoorbeeld in het huishouden). In deze fase kan het wenselijk zijn dat andere disciplines meegaan op huisbezoek (psychiater, sociaal werker, psycholoog of systeempsychotherapeut).
- Rustige thuiszorgfase: wanneer de situatie rustiger is geworden wordt de frequentie van huisbezoeken verlaagd. Het definitieve verpleegplan wordt opgesteld en besproken met patiënt, familie en behandelaar.
- Afbouwfase: er wordt actief gewerkt aan de afronding en de opbouw van de andere noodzakelijke contacten met hulpbronnen, met mogelijks verwijzing.
- Afsluiting en verslag: de verdere continuïteit van behandeling elders is geregeld en een schriftelijk (met de cliënt besproken) eindverslag vertrekt naar behandelaar en huisarts.

De patiënt (en diens naastbetrokkenen) wordt door het crisisteam geholpen om in de eigen context actief in de behandeling te participeren, zodat uit de crisis winst kan worden gehaald in de vorm van gedragsverandering en nieuwe inzichten.

Indien er een ambulante behandelaar is, behoudt die de verantwoordelijkheid voor de behandeling. Wanneer er (nog) geen ambulante behandelaar is, zal eerst de psychiater van het crisisteam deze taak vervullen. Tegelijkertijd gaat het team met spoed op zoek naar een ambulante behandelaar, zodat een 'warme overdracht' mogelijk is, terwijl het crisisteam nog betrokken is.

Het crisisteam werkt flexibel. Daarom dient elke patiënt een toegankelijk behandelplan te hebben, waarin ieders taken en verantwoordelijkheden duidelijk omschreven staan. Ook de 7 x 24 uren telefoon en afspraken rond 'Bed op Recept' horen daarbij.

Andere belangrijke thema's in de werking van de crisisteams zijn risicotaxatie, behandeltrouw, dwang en drang en transculturele aspecten.

NETWERK : Réseau Santé Namur
CONTACTPERSOON: Julie Régimont
TELEFOON : 081 40 88 90
MAIL : julie.regimont@pleiade.eu



Pléiade 2a

Het team Crisiswerk reikt een aangepaste opvolging aan op het moment dat een crisis zich voordoet, of dat nu bij de persoon zelf is en/of in diens leefomgeving.

Het team werkt nauw samen met de zorgvrager en met de leden van diens netwerk, dat al dan niet bestaat uit zorgverstrekkers en/of de gezinsomgeving.

Dit netwerk kan al actief betrokken zijn, ofwel moet het worden opgezet, ofwel moet het worden gereactiveerd wanneer een crisis zich voordoet.

De bij dit werk betrokken actoren kunnen dus afkomstig zijn uit de sector van de GGz of uit de eerstelijnszorg. Zij kunnen doorverwijzen of vragende partij zijn, of de persoon vervolgens in behandeling nemen. De reflectie over de situatie en over de behandeling gebeurt door een multidisciplinair team.

Het team individualiseert elke behandeling en interenieert gedurende een periode van \pm 1 maand. Er wordt gewerkt met tweekoppige teams, die diverse middelen gebruiken om hun opdracht te vervullen: mobiliteit, intensifiëring, tijdelijkheid, flexibiliteit van de zorgverstrekkers, thuishospitalisatie, enz.

Wat de transposeerbaarheid van deze praktijk betreft lijkt het ons interessant om de betrokkenheid van het (persoonlijke) netwerk te beklemtonen, alsook het feit dat dit netwerk moet openstaan voor deze aanpak.

NETWERK: Leuven -Tervuren
CONTACTPERSOON: Jeroen Decoster
TELEFOON: 016 34 08 76
MAIL: jeroen.decoster@uzleuven.be



Mobiel Crisis Team

Het Mobiel Crisis Team (MCT) Leuven voorziet met een multidisciplinair team van psychiatrisch verpleegkundigen, maatschappelijke werkers, psychologen en psychiaters, door middel van een gecombineerd poliklinisch en outreachend zorgaanbod, een volwaardig alternatief voor een (gedwongen) psychiatrische crisisopname.

Het geeft hiermee gestalte aan functie 2a binnen de regio arrondissement Leuven + zorgregio Tervuren en wordt bekostigd door het buiten gebruik stellen van erkende psychiatrische bedden binnen artikel 107. Het MCT vervolledigt het crisis-psychiatrische aanbod en werkt hiervoor nauw samen met de psychiatrische dienstverlening op de spoedgevallendiensten en de crisis-opnameafdelingen binnen de regio.

Het MCT Leuven vertaalde buitenlandse modellen succesvol naar de Belgische context.

NETWERK: Noord-West-Vlaanderen
CONTACTPERSOON: Kim Vanderhaeghen
TELEFOON: 050 47 01 50
MAIL: 2a.kernteam@netwerkggzregionw-vl.be
WEBSITE: www.netwerkggzregiow-vl.be

**Het Mobiel
Crisis Team**

NI
↓

Het Mobiel Crisis Team (MCT) Noord-West-Vlaanderen werd opgestart in maart 2012 als pilootproject in het kader van artikel 107. De werking situeert zich binnen functie 2 met als promotoren PZ OLV Brugge en PC Sint-Amandus Beernem. Het team werd opgericht in een samenwerkingsverband tussen vijf verschillende partners (3 psychiatrische ziekenhuizen en 2 algemene ziekenhuizen). Het MCT biedt de mogelijkheid om (jong)volwassenen met een acute psychiatrische problematiek in de thuiscontext te begeleiden en behandelen. Het MCT werkt nauw samen met een uitgebreid netwerk van partners en heeft als belangrijkste doelstelling het voorkomen of verkorten van een residentiële opname of het vermijden van herval. Het team is multidisciplinair samengesteld en bestaat uit 2 psychiaters, een teamverantwoordelijke, een klinisch psycholoog, drie maatschappelijk werkers en acht psychiatrisch verpleegkundigen. Aanmeldingen kunnen gebeuren via de huisarts, behandelend psychiater, spoeddiensten of PET (Psychiatrisch Expertiseteam) en worden binnen de 24 uren behandeld.

NETWERK : Réseau Santé mentale Hainaut occidentale
CONTACTPERSOON: Marie ENGELBIENNE
TELEFOON : 069 53 27 85
MAIL : marie.engelbienne@marronniers.be
WEBSITE: in opbouw

Fr
↓

Processus d'accompagnement des usagers par les professionnels des équipes mobiles

We hebben het begeleidingswerk van gebruikers van de 2a- en 2b-teams opgevat als een proces, een opeenvolging van stappen : Analyse van de vraag → Begeleiding of heroriëntering → Afsluiten van de begeleiding.

Dit proces moest zowel praktisch als toegankelijk en uniform zijn voor de teams. Voor de vorm wordt gebruik gemaakt van de 'Mindview'-software, en voor de inhoud wordt de opleiding procesmanagement gebruikt.

Dit proces maakt het mogelijk de verschillende fasen van de opvolging door de teams te structureren vanaf de initiële vraag tot en met de doorverwijzing naar het netwerk.

Het maakt het mogelijk om het verloop van een opvolging door de mobiele teams te verduidelijken door een link te leggen tussen de klinische oriëntering van een begeleiding, het zorgparcours, het zorgdossier en de invoer van de gegevens om rekenschap af te leggen over de activiteit.



7. Mobiele teams

2b

Mobiele teams gericht op langdurige opvolging van personen met ernstige en/of complexe psychische problemen

Om toegankelijke zorg te bieden aan mensen met **complexe noden** op het vlak van geestelijke gezondheid in de thuisomgeving volstaat ambulante zorg niet. Om hospitalisaties en vooral frequente heropnames te voorkomen, en om de hospitalisatieduur te doen dalen blijkt zorg die aan huis, in de vorm van huisbezoeken wordt aangeboden een noodzakelijk ingrediënt (Burns e.a., 2007).

Outreachinge, mobiele teams vormen daarbij de basis van een gemeenschapsgerichte zorg, en de oprichting ervan introduceert een nieuwe vorm van geestelijke gezondheidszorg.

In de meest eenvoudige, basale vorm gaat het om generalistische, multidisciplinaire teams die zorg aan huis leveren binnen een geografisch omschreven 'catchment area' en zich daarbij bij voorkeur op patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) richten. In een groot aantal studies en systematische reviews bleken deze mobiele teams in vergelijking met hospitaalzorg duidelijke voordelen te bieden (Thorncroft & Tansella, 2009).

- Toegankelijkheid tot de geestelijke gezondheidszorg voor mensen met EPA is beter in deze gemeenschapsvoorzieningen dan in traditionele psychiatrische hospitalen.
- De werking van deze teams is geassocieerd met grotere tevredenheid van gebruikers en komt beter tegemoet aan hun noden. Ze zorgen voor betere zorgcontinuïteit en meer flexibiliteit van de dienstverlening. Ze helpen om vroegtijdig herval te identificeren en te behandelen.
- Mobiele teams geven een minstens even goede, en soms betere outcome op het vlak van therapietrouw en levenskwaliteit.
- Studies suggereren ook dat gemeenschapszorg voor acute psychosen in het algemeen meer kosteneffectief is dan zorg in de kliniek. Wanneer goede gemeenschapsalternatieven worden uitgebouwd, blijken patiënten die van het hospitaal naar de gemeenschap verhuizen minder negatieve symptomen te hebben, een beter sociaal leven en meer tevredenheid.
- Mobiele teams blijken niet superieur op het vlak van symptoomreductie of verbetering van sociaal functioneren.

Binnen deze gemeenschapsteams wordt meestal 'case management' gebruikt als een manier om zorg en behandeling op een gecoördineerde en geïntegreerde manier aan te bieden. Gedetailleerde, individuele zorgplannen, uitgewerkt in overleg met de gebruikers, met waarschuwingstekens van herval en crisisplannen bieden in samenwerking tussen eerstelijns werkers en GGz specialisten patiënten met EPA langdurige ondersteuning.

Assertive Community Treatment (ACT) is een vorm van intensief klinisch case management door multidisciplinaire teams aangeboden in de thuisomgeving aan EPA. Het model ontwikkelde zich uit het 'Training in community living' model in Wisconsin, USA (Pieters, 1992) en werd van bij de aanvang sterk wetenschappelijk onderzocht.

Doelgroep waren de zogenaamde draaideurpatiënten, die zonder deze intensieve begeleiding voortdurend psychiatrische heropnames kregen. Een aantal kenmerkende elementen onderscheiden ACT van het klassieke case management, en zijn factoren die bepalend zijn voor de modelgetrouwheid van de ACT-benadering:

- Een caseload van ongeveer 10 patiënten per VTE;
- Bereikbaarheid buiten kantooruren (8 tot 22u) en in weekends;
- Hoofdzakelijk begeleiding thuis en in de gemeenschap in plaats van op kantoor;
- Assertieve, aanklappende benadering met praktische ondersteuning;
- Geen drop-out, maar engagement om continue zorg vol te houden;
- Dagelijks teamoverleg en planning van zorg vs wekelijkse teamvergaderingen;
- Zoveel mogelijk gebruik maken van vaardigheden in het team (psychiater, ergotherapie, verslavingskennis en ervaringsdeskundigheid).

ACT-teams blijven ook betrokken bij opname (inreach). Ze werken met een teambenadering, waarbij alle teamleden met alle patiënten werken. Dit veronderstelt snelle, dagelijkse communicatie, en sluit niet uit dat één teamlid de zorg coördineert en de contactpersoon is voor patiënt, diens omgeving en andere behandelaars.

Deze teams bieden ook veel steun voor families en omgeving. Ze gebruiken evidence-based interventies. Regelmatige opvolging van medicatie, cognitieve gedragstherapie, psycho-educatie en familie-interventies zijn standaard-tussenkomsten, naast gespecialiseerde interventies zoals Individual Placement en Support (IPS) om werk te vinden en te behouden. Specialistische kennis over verslavingsproblemen zijn bij de doelgroep van de ACT-teams noodzakelijk. Daarnaast is een herstelgerichte houding belangrijk, en de inschakeling van ervaringsdeskundigen wordt als een succesfactor beschouwd. Dit ook om het gebruik van dwang en drang te voorkomen.

In Nederland ontwikkelde zich een 'hybride' vorm van ACT en het klassieke gemeenschapsteam, onder de benaming 'functie ACT' (FACT), recent herdoopt tot 'Flexible ACT' (Van Veldhuizen e.a., 2015). Dergelijke teams combineren de individuele case management benadering van de gemeenschapsteams met een intensievere ACT-team benadering voor de patiënten die in crisis zijn, en combineren kenmerken van de twee benaderingen, waartussen naadloos wordt geschakeld.

Deze benadering voorkomt discontinuïteit in zorg voor de groep van moeilijk bereikbare patiënten die het na een tijd ACT-benadering beter stellen, maar bij een minder intensieve benadering door een ander team vaak weer in crisis gaan.

Deze benadering zou ook voordeel bieden in meer rurale gebieden, waar de doelgroep voor een ACT-team te zeer verspreid leeft in een grote regio.

NETWERK : Réseau Santé Namur
CONTACTPERSOON: Julie Régimont
TELEFOON : 081 40 88 90
MAIL : julie.regimont@pleiade.eu

Pléiade 2b

Fr

Het team 'continue opvolging' richt zich tot personen met een complexe en chronische psychiatrische problematiek. De behandeling biedt begeleiding en ondersteuning aan de persoon in zijn persoonlijke levenskeuzes, terwijl er tegelijk ook wordt gewerkt aan de verbetering van de levenskwaliteit en aan de sociale integratie, de ondersteuning van de autonomie en het blijven wonen op de plaats waar de persoon dat zelf kiest. Het tweekoppige referentieteam ondersteunt een ambulante zorgcontinuïteit en –kwaliteit voor de patiënt in partnerschap met diens netwerk, dat al dan niet bestaat uit zorgverstrekkers (en/of uit de gezinsomgeving). Dit netwerk kan actief betrokken zijn, ofwel moet het worden gecreëerd, ofwel moet het tijdens de opvolging worden gereactiveerd.

Concreet gaat het team het proces van een vraag begeleiden, die komt van de zorgvrager zelf of van een actor uit zijn netwerk, via een eerste contact en een opvolging na het eerste onthaal. De duur van de behandeling is gelinkt aan de beoogde doelen. Het team gebruikt diverse middelen om zijn opdracht te vervullen : mobiliteit, tijdelijkheid , flexibiliteit van de zorgverstrekkers, enz.

Wat de transponeerbaarheid van deze praktijk betreft lijkt het ons interessant om de betrokkenheid van het netwerk te beklemtonen, alsook het feit dat dit netwerk moet openstaan voor deze aanpak.

NETWERK: SaRA - Antwerpen
CONTACTPERSOON: Helga Peeters
TELEFOON: 0468 12 82 61
MAIL: Helga.peeters@oggpa.be
WEBSITE: <http://sara.oggpa.be>

**Crisis plan en
BOR in mobiel
team**

NI

Voor elke cliënt die door een mobiel team wordt begeleid, wordt er, in samenspraak met de cliënt een crisisplan opgemaakt. In zo'n plan wordt weergegeven wat een cliënt kan doen op het moment dat hij signalen ervaart dat het minder goed gaat met hem, op welke mantelzorgers of hulpverleners hij beroep kan doen en ook in welke residentiële voorziening hij terecht kan voor een Bed Op Recept (BOR). De Bed Op Recept-afspraken worden gemaakt tussen de cliënt, het mobiel team en een residentiële voorziening. Hierbij gaat de residentiële voorziening het engagement aan om voor deze welbepaalde cliënt een bed ter beschikking te hebben wanneer een opname nodig is. We spreken van een BOR-opname wanneer er effectief gebruik gemaakt wordt van de BOR-afspraken.

De BOR-opname duurt maximum zeven dagen en heeft als doel een rustmoment in te lassen, de behandeling te intensifiëren of de veiligheid van de cliënt te garanderen door verhoogd toezicht.

NETWERK : Fusion Liège
CONTACTPERSOON: Mahmood Mortazi
TELEFOON : 04 224 72 96
MAIL : mahmood.mortazi@cnda.be

Inuk

Fr

Dankzij de 'bevrozing' van bedden in het « Centre hospitalier spécialisé Notre Dame des Anges » kon er een mobiel team van 10.5 VTE worden opgezet voor patiënten met complexe en chronische pathologieën. De beoogde doelen zijn: rationalisering van de zorg, continuïteit van de therapeutische opvolging en begeleiding door een 'elkaar overlappende benadering'. Maar ook de verbetering van contacten en doorverwijzingen, zowel voor als na een hospitalisatie, om het netwerk rond de patiënt te ondersteunen of te consolideren. Het mobiele team wil de patiënt in zijn leefomgeving therapeutisch begeleiden door een beroep te doen op zijn psychische mogelijkheden en zijn functionele en sociale vaardigheden, met als doel de verbetering van zijn levenskwaliteit. Aanvankelijk werd het mobiele team vooral ingeschakeld door functie 4, maar tegenwoordig komen de vragen van verschillende kanten. De bevoorrechte partners van het mobiele team zijn hulpverleners van de eerste lijn (huisartsen, gezondheidshuizen, poliklinieken, diensten voor geestelijke gezondheidszorg, psychiaters, ...) Er komen echter ook samenwerkingen tot stand met een toenemend aantal partners die al dan niet tot de sector van de GGz behoren, en we stellen steeds meer samenwerking vast tussen de verschillende functies die in de Hervorming zijn gedefinieerd. Idealiter moet de financiering die wordt vrijgemaakt voor de werking van het mobiele team toelaten om te voldoen aan de werkingskosten op het vlak van verplaatsingen, communicatie en logistiek. Dit budget moet rekening houden met de lange afstanden die worden afgelegd, gelet op het grote grondgebied dat wordt bediend. Ook de middelen voor bestaffing moeten volstaan om de vragen tot interventie te beantwoorden, zoniet moeten er behandelingen worden uitgesteld.. De voorbije drie jaren waren rijk aan leerervaringen en hebben ervoor gezorgd dat we stevig in de schoenen staan op het vlak van GGz in de leefomgeving van de mensen met zorgnoden. We hebben weliswaar nog veel te leren en we zijn nog lang niet aan onze laatste ontdekking toe, maar we voelen ons wel klaar om onze praktijkervaring te delen en zo bij te dragen tot de oprichting van andere teams.

NETWERK: Leuven
CONTACTPERSOON: Kaat Ghyselen
TELEFOON: 0479 75 01 02
MAIL: kaat.ghyselen@dehulster.be

Het Mobiel Team GGz
Leuven

NI

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.

NETWERK: SaVHA Halle Vilvoorde
CONTACTPERSOON: Mich Jonckheere
TELEFOON: 0486 34 93 38
MAIL: mich_jonckheere@hotmail.com

**Inschakeling van de
familie-
ervaringsdeskundige**

NI

Vanuit Similes, een vereniging voor familie en vrienden van psychisch kwetsbare personen, worden familieleden van cliënten opgeleid tot ervaringsdeskundigheid. Het netwerk SaVHA?! schakelt de familie-ervaringsdeskundige (FED) gradueel in op drie opeenvolgende niveaus: MACRO om eerst een goed zicht te krijgen op het netwerk en de verschillende partners, waarbij de FED de stem van de familie vertegenwoordigt in de Stuurgroep en de diverse ' Functie Overleg Comités'; vervolgens MESO met het meevolgen van cliëntenbesprekingen , waarbij de FED het familieperspectief binnen het mobiele team inbrengt; MICRO ten slotte waar de FED op vraag van de hulpverleners aan de slag gaat met individuele families.

De huisbezoeken worden tot maximaal 6 contacten beperkt om te vermijden dat de FED een hulpverlener wordt. De inschakeling van de FED is op zich innovatief: hij brengt vernieuwende inzichten bij de hulpverleners en speelt een belangrijke rol in het herstelproces van de familieleden aan wie hij vanuit eigen ervaring advies en hoop kan geven. De FED overlegt waar nodig in de briefings van het mobiele team of met de verantwoordelijke teammanager. Er is intussen een 2e FED in vorming. Deze functie biedt mooie kansen tot zelfontplooiing en versterkt de FED ook persoonlijk, biedt een positieve vertrouwensband met de hulpverlening en ook met ervaringsdeskundige cliënten! Daar wordt iedereen beter van.

NETWERK: Reling
CONTACTPERSOON: Eddy Daems
TELEFOON: 0475 78 25 29
MAIL: eddy.daems@reling.be
WEBSITE: www.reling.be

**Afronden van mobiele B-
team begeleidingen met een
'waakvlam-functie'**

NI

"Begeleiding zo lang als nodig, niet langer dan noodzakelijk" is het motto van de RELING mobiele B-teams. Vanuit die herstelondersteunende visie willen we vermijden dat mensen blijvend en continu worden opgevolgd door gespecialiseerde GGZ-actoren. Langdurige begeleidingstrajecten laten zich echter moeilijk afsluiten en vaak zijn het de mantel- en andere zorgpartners in het netwerk rond de patiënt die niet graag zien dat het mobiel B-team de begeleiding afrondt. Om dit vlotter te realiseren wordt er gebruik gemaakt van een 'waakvlam-functie'. In het steunsysteem wordt iemand belast met de waakvlamfunctie wanneer het mobiel B-team uit de zorg rond de patiënt stapt. Het mobiel B-team garandeert dat het naadloos en onmiddellijk terug instapt in het zorgverhaal wanneer de patiënt of het netwerk rond de patiënt opnieuw een advies-, coaching- of zorgvraag heeft. En dit zonder intake of wachtperiode. Patiënten en steunnetwerken hebben ondertussen ondervonden dat een vlotte heropstart van de begeleiding bij het mobiel B-team kan en dat geeft het nodige vertrouwen.

Conclusies

De Hervorming van de GGz betreft een reorganisatie van het aanbod die vertrekt vanuit de noden en wensen van de gebruikers en hun omgeving.

Het gaat om een nieuwe benadering, zowel op organisatorisch/operationeel als op filosofisch vlak.

De betrokken actoren onderschrijven deze visie en zetten zich in voor een verschuiving naar begeleiding in de gemeenschap, gericht op het herstel van gebruikers. Ze hebben zich met belangstelling en enthousiasme aangesloten bij deze ambitieuze, nieuwe visie. Vele partners, zowel vanuit de semi-residentiële en residentiële GGz als van buiten de GGz-sector, hebben zich ingezet om dynamische netwerken op te starten waarbij de ervaringen en de expertises van de partners mekaar aanvullen.

Dit handboek met innoverende praktijken getuigt van de wil om aan te sluiten bij deze collectieve beweging, waarbij zowel overheden, instellingen, diensten, beroepsbeoefenaars, gebruikers en hun naasten en de maatschappij in haar geheel worden betrokken.

De auteurs hebben gepoogd deze creativiteit, die zich uit in de ontwikkeling van modellen of nieuwe initiatieven, te bundelen. Ze is het resultaat van vertrouwen en een complementariteit tussen partners die geloven in deze nieuwe richting in de GGz, waarbij een geïntegreerde en globale aanpak voorop staat.

In dit handboek wordt een uitgebreid, innovatief aanbod in de vorm van samenvattingen voorgesteld.

Terzelfdertijd wordt er een website gecreëerd waarop de volledige beschrijvingen van deze innoverende praktijken worden gepresenteerd. Dit is een proces dat continu evolueert. Enerzijds door het updaten van modules die reeds werden ontwikkeld, anderzijds door het behandelen van bijkomende thema's zoals:

- Opleidingen om de Hervorming te begeleiden;
- Communicatietools om de projecten van de Hervorming bekend te maken;
- Het geïndividualiseerde dienstenplan, het geïndividualiseerde begeleidingsplan, het concept 'ontslagmanagement';
- Het elektronisch patiëntendossier en communicatiemiddelen;
- Intensifiëring van residentiële zorg bij crisis;
- Rol van de eerste lijn en huisartsen.

We willen iedereen die actief aan dit initiatief heeft deelgenomen heel oprecht bedanken.

We hopen dat dit een vertrekpunt is voor talrijke uitwisselingen van praktijken in België, maar ook dat dit handboek inspirerend kan werken voor andere landen of regio's die hun zorgsysteem herorganiseren.

Referenties

Hier vindt U per module een beperkt aantal basisreferenties.
De volledige referentielijsten per module zijn online beschikbaar.

Algemeen:

Basiswerken en officiële documenten die betrekking hebben op verschillende modules.

Anthony, W.A., Cohen, M.R., Farkas, M.D. (1990). Psychiatric rehabilitation. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Emard, R., Aubry, T. (Rédaction). Le suivi communautaire en santé mentale.

Une invitation à bâtir sa vie. Ottawa: Les Presses de l'Université d'Ottawa

Mental Health Declaration for Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe

<http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc06.pdf>, accessed 11 May 2009

Mental Health Action Plan for Europe. Copenhagen WHO Regional Office for Europe

<http://www.euro.who.int/Document/MNH/edoc07.pdf>, accessed 11 May 2009

Pratt, C.W., Gill, K.J., Barrett, N.M., Roberts, M.M. (2014). Psychiatric Rehabilitation (3rd edition). Amsterdam: Elsevier.

Thornicroft, G., Szmukler, G., Mueser, K.T., Drake, R.E. (2011). Oxford Textbook of Community Mental Health. Oxford: Oxford University Press.

Thornicroft, G & Tansella, M (2009). Better mental health care. Cambridge: Cambridge University Press.

Inleiding

FOD (2010). Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken. Brussel: Federale Overheidsdienst.

McGuire-Snieckus, R., McCabe, R., Priebe, S. (2003). Patient, client or service user? A survey of patient preferences of dress and address of six mental health professions. Psychiatric Bulletin, 27, 305-308.

Peters, M.T., Heron, T. E. (1993). When the best is not good enough: An examination of best practice. Journal of Special Education, 26, 371-385.

Pel, R., Redeker, I., Hanning, R., Visser, T., Rijkaart, A., van Rooijen, S. (2011).

Een inventarisatie van Best Practices in de intramurale ouderenzorg, thuiszorg, gehandicaptenzorg en langdurende GGZ. Vilans

Pieters, G. (1999). Evidence-based geestelijke gezondheidszorg en de kunst van het motoronderhoud. Tijdschrift Klinische Psychologie, 29, 85-92.

Sackett, D., Rosenberg, W., Gray, J.A., Haynes, B., Richardson, W.S. (1996).

Evidence-Based Medicine: what it is and what it isn't. British Medical Journal, 312, 71-72.

1. Wonen

McPherson, R., Shepherd, G., Edwards, T. (2004). Supported accommodation for people with severe mental illness: a review. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 180-188.

Newman S. & Goldman H. (2008). Putting housing first, making housing last: housing policy for persons with severe mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1242-1248.

OMS (2006) Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions. Rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS.

Plateforme de concertation pour la santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale. Constat des difficultés de collaboration entre les secteurs du logement et de la santé mentale. On line

http://cbcs.be/IMG/pdf/constats_des_difficultes_entre_les_secteurs_de_logement_et_sante_mentale_final.pdf

WHO, Regional office for Europe, Summary Report, Environmental burden of disease associated with inadequate housing. Matthias Braubach - David E. Jacobs - David Ormandy. On line http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/142077/e95004.pdf

2. Samenwerking met de eerste lijn

De Lepeleire, J (2010). De bijdrage van huisartsgeneeskunde in de geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschr. voor Geneeskunde*, 66 (7), 317-321.

Fleury, M., Les soins de première ligne en santé mentale dans le contexte de la Réforme en cours. *Revue le Partenaire*, 22(2), 14-18.

Meneau, M. (2013). Améliorer la performance des soins de première ligne en santé Mentale au Québec: six stratégies. *Quintessence*, Vol. 5, N°3.

Organization of Family Doctors (Wonca), 2008.

Organisation mondiale de la santé. Déclaration d'Alma-Ata. Rapport sur la conférence internationale sur les soins de santé primaires. Genève : OMS, 1978; En ligne

http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/

Ottawa Charter for Health Promotion. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1986. On line http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf?ua=1

3. Governance van netwerken

Agranoff, R., McGuire, M. (2001). Big Questions in Public Network Management Research. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 11(3), 295-396.

Fleury, M., Delorme, A., Caron, J. (2014). 'Réformes du système de santé mentale: constats, témoignages et recommandations. *Revue Santé Mentale au Québec*, Volume 39, Numéro 1, 7-324.

Enjolras, B.(2010). Gouvernance vertical, gouvernance horizontale et économie sociale et solidaire: le cas des services à la personne. *Géographie, Economie, Société*, 12, 15-30.

Provan, K.G. , Kenis, P. (2008). Modes of Network Governance: Structure, Management and Effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(2),229- 252.

4. Participatie en empowerment van patiënten en naastbetrokkenen

Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s.

AQRP (2006). 'Participation grandissante des usagers au sein des services de santé mentale'. Le Partenaire. Vol 14, n°1.

AQRP (2011) 'La contribution des personnes vivant ou ayant un problème de santé mentale au développement et à l'organisation des services : regards croisés et perspectives'. Le Partenaire. Vol 20, n°2

Fondation de France (2012). Agir et décider, la participation en question.

On line http://www.fondationdefrance.org/sites/default/files/atoms/files/agir_et_decider_participation_def_2.pdf

INPES (2011). 'Empowerment et santé mentale'. La santé de l'homme. N°413.

Keet, I.P.M. (2013). Herstel. Tijdschrift voor Psychiatrie, 55, 921-923.

Psychosocial Rehabilitation Journal, 16, 11-23.

Wahl, O.F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. Schizophrenia Bulletin, 25, 467-478.

5. Socio-professionele inclusie

Becker, D.R., Drake, R.E. (2003). A working life for people with severe mental illness. New York: Oxford University Press.

Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R.E., Fioritti, A, Knapp, M. e.a. (2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomized controlled trial in six European countries. Lancet, 370, 1146-1152.

Emard, R., Aubry, T. (2004). Le suivi communautaire en santé mentale. Les Presses de l'Université d'Ottawa.

Farkas, M., Sullivan Soydan, A., Gagne, C., (2005). Disponibilité à la réhabilitation: une introduction. Socrate Editions.

Larondelle, P., (2008). Synthèse "La réhabilitation psychiatrique professionnelle selon l'Université de Boston". Formation dispensée par le Docteur G. Deleu, "Socrate Réhabilitation"

World Health Organization (2005). Mental Health Policies and programmes in the workplace.

Mobiele teams

Burns, T. (2010). The rise and fall of assertive community treatment? International Review of Psychiatry, 22, 130-137.

Hôpital Douglas (Québec). Suivi intensif, Soutien d'intensité variable.

On line <http://www.douglas.qc.ca/page/cnesm-documentation-si>

Piel, E, Roelandt J.L. « De la Psychiatrie vers la Santé Mentale » Rapport de mission juillet 2001. On line http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/8_Democratie-Sanitaire/sante-mentale/Rapport-Piel-Roelandt-de-la-psychiatrie-vers-la-sante-mentale-juillet-2001.pdf

Roelandt, J.L. (2010) "Focus : The east Lille Mental Health services experience : Citizen Psychiatry integrated in the city." Beyond the walls. Oltre I muri.

Desinstitutionalisation in European best practices in mental health. Edizioni Alfabeta Verlag, 455 pages, pp 223-269

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.

6. Mobiele teams 2a

Johnson, S., Needle, J., Bindman, JP, Thornicroft, G. (2008). *Crisis resolution and home treatment in mental health*. Cambridge: Cambridge University Press.

Van Veldhuizen, R. (2007). Kortdurende zorg aan huis en standaard PCT. In J.R. van Veldhuizen & A. Snijdewind (Red.), *Almaar ambulanter II* (pp. 101-131).

Badhoevedorp: Mension TM.

7. Mobiele teams 2b

Aubry, T., Dostaler, T., Baronet, AM (2004). Revue des etudes empiriques sur l'efficacité du suivi communautaire. In: Emard, R., Aubry, T. (Rédaction). *Le suivi communautaire en santé mentale. Une invitation à bâtir sa vie*. Ottawa: Les Presses de l' Université d' Ottawa. P 129-202.

Bak, M., Drukker, M., Bie, A. de, A Campo, J., Poddighe, G., Os, J. van, e.a. (2008). Een observationele trial naar 'assertive outreach' met remissie als uitkomstmaat. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 253-262.

Burns, T., Catty, J., Dash, M., Roberts, C., Locjwood, A., Marshall, M. (2007). Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: a systematic review and meta-regression. *British Medical Journal*, 225, 336-342.

Pieters, G. (1990). Training in Community Living: een alternatief voor het psychiatrisch ziekenhuis? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 32, 238-252.

Van Veldhuizen, R., Polhuis, D., Bähler, M., Mulder, N., Kroon, H. (Redactie), (2015). *Handboek (Flexible) ACT. Herstelondersteunende zorg en behandeling voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen*. Utrecht: De Tijdstroom.

Notas

We bedanken van harte Mevrouw Minister Maggie De Block en haar medewerkers, en Mijnheer Christiaan Decoster, Directeur-Generaal, Organisatie van de Gezondheidszorgvoorzieningen, FOD Volksgezondheid, en zijn medewerkers.

Hun steun aan de Hervorming van de Geestelijke Gezondheidszorg en hun vertrouwen in de werkers daarin hebben de realisatie van dit Handboek Innovatieve Praktijken mogelijk gemaakt.

Hartelijke dank

aan de auteurs, lezers en experts

en in het bijzonder aan :

Franci Abrahams

Pierre Bastin

Julien Bianchi

André Bouwen

Florence Crochelet

Jurgen De Fruyt

Jan Delepeleire

Nathalie Delhaxhe

France Dujardin

Marie-Jo Fleury (Douglas)

Jean Homerin

Sylvia Hubar

Jeroen Knaeps

Mark Leys

Rita L'Enfant

Benedetto Saraceno

(Lisbon Institute of Global
Mental Health)

Shekhar Saxena (WGO)

Luc Vandormael

Redactie:

Prof. Guido Pieters

Stéphanie Natalis

