



**Departement Social Work
Afstudeerrichting Maatschappelijk Werk**

**Geen slot meer op het bed?!
Hoe verloopt het project Reling en hoe past het maatschappelijk werk daarin?**

Door Colson Deborah

**Eindwerk aangeboden tot het bekomen
van het diploma bachelor sociaal werk
(maatschappelijk assistent)**

**Hasselt
Academiejaar 2013- 2014**



**Departement Social Work
Afstudeerrichting Maatschappelijk Werk**

Geen slot meer op het bed?!
Hoe verloopt het project Reling en hoe past het maatschappelijk werk daarin?

Door Colson Deborah

**Eindwerk aangeboden tot het bekomen
van het diploma bachelor sociaal werk
(maatschappelijk assistent)**

**Hasselt
Academiejaar 2013- 2014**

*Omdat je hier alweer maanden zit
en de meesten om je heen
waanzen dragen als een dikke trui.*

*Familie en vrienden,
de gesloten deur letterlijk nemen.*

*Omdat je hier weer zit
en de rapporten van jaren beslissen over jou.*

*Je referentiekader wordt bepaald door
de dikte van je dossier,
dat groeit met de dag*

Omdat je hier zit.

*Omdat je hier weer zit
en het uitzicht het enige heldere blikveld is,
bomen de buitenwereld weren,
pillen progressie verdwazen
en rook blijft hangen.*

*Omdat je hier alweer maanden zit
en je enige bevoegdheid opgesloten
zit in een pakje van 50 gram.
Waar gesloten deuren zelfbeslissingsrecht
bewaken en een leven in rook opgaat.*

- Marjon Zomer

Woord vooraf

Dit eindwerk, opgedragen tot het behalen van het diploma Maatschappelijk werk, is het resultaat van een lange weg werken, opzoeken, lezen, interviewen, verwerken en schrijven. Dit vormt het sluitstuk van mijn opleiding aan de PXL hogeschool Limburg.

Doorheen de weg die ik heb afgelegd om dit eindwerk te kunnen realiseren, heb ik kunnen rekenen op de steun van een aantal personen. Zonder hen was het schrijven van dit eindwerk onmogelijk geweest. Om deze reden wil ik hen bedanken.

In de eerste plaats wil ik graag mijn stagementor, Wendy Vermeir, oprecht bedanken voor de vele moeite en tijd die zij heeft geïnvesteerd. Daarbij ben ik haar en de andere medewerkers van het DAGG Sint-Truiden dankbaar voor de hulp en kennis die ze met mij hebben gedeeld.

Daarnaast zou ik alle geïnterviewden namelijk, David Dol, Peter Beks, Leen Van Overwalle, Egon Heeren, Annelies Vanlangenaeker, Lode Gelade en Wim Cuypers willen bedanken voor het delen van hun wijsheid. Het was zeer leerrijk om met hen te mogen en kunnen samenwerken.

Vervolgens wil ik mijn eindwerkbegeleider, Johan Deville bedanken voor de fijne samenwerking en ondersteuning doorheen het traject dat ik heb afgelegd.

Ik zou ook graag mijn stagebegeleidster, Liza Renders, willen bedanken voor de tips en begeleiding doorheen mijn hele stageverloop.

Ik mag zeker mijn ouders, familie en vrienden niet vergeten te vermelden. Ik ben hun dankbaar voor hun begrip en steun doorheen mijn opleiding.

Ten slotte wil ik graag mijn dank betuigen aan de lectoren en directie van de PXL Hogeschool. Deze personen hebben ertoe bijgedragen dat ik ben geraakt waar ik nu sta. Ik wil hen hiervoor extra bedanken.

Inhoud

WOORD VOORAF

AFKORTINGENLIJST.....	8
INLEIDING.....	9
Aanleiding onderzoek.....	9
Verwachtingen.....	10
Doelstellingen.....	11
Selectie van de vraagstelling.....	11
HOOFDSTUK 1: SITUERING STAGEPLAATS.....	12
1.1 Coördinaten.....	12
1.2 Missie.....	12
1.3 Visie.....	13
1.4 Voorlopig nieuwe missie.....	13
1.5 Voorlopig nieuwe visie.....	14
1.5.1 Visie op hulpverlening.....	14
1.5.2 Visie op doelgroep.....	14
1.5.3 Visie op preventie.....	15
1.5.4 Visie op netwerking.....	15
1.5.5 Visie op welzijn personeel.....	15
1.6 Doelgroep.....	16
1.7 Werking.....	16
1.8 Aanbod.....	17
HOOFDSTUK 2: THEORETISCH DEEL.....	19
2.1 Korte historiek GGZ.....	19
2.1.1 Definitie zorgnetwerk.....	20
2.1.2 Definitie zorgcircuits.....	20
2.2 Artikel 107.....	21
2.3 De kernfuncties van artikel 107.....	22
2.4 Structuur GGZ.....	23
2.5 Reling.....	23
2.5.1 De ledensamenstelling.....	24
2.6 Uitwerking kernfuncties binnen Reling.....	24
2.6.1 Functie 1: <u>activiteiten inzake preventie en promotie van GGZ, vroegdetectie, screening en diagnosestelling (opdracht van de CGG's)</u>	24
2.6.1.1 Taken en doelstellingen.....	25
2.6.1.2 Doelgroep.....	25
2.6.1.3 Maatschappelijk werk.....	25
2.6.2 Functie 1: <u>activiteiten inzake preventie en promotie van GGZ, vroegdetectie, screening en diagnosestelling (opdracht van de CGG's)</u>	26
2.6.2.1 Taken en doelstellingen.....	27
2.6.2.2 Doelgroep.....	27
2.6.2.3 Maatschappelijk werk.....	27

2.6.3	Functie 2: ambulante intensieve behandelingsteams voor zowel <u>acute</u> als chronische, psychische problemen	28
2.6.3.1	Taken en doelstellingen	28
2.6.3.2	Doelgroep	28
2.6.3.3	Maatschappelijk werk	29
2.6.4	Functie 2: ambulante intensieve behandelingsteams voor zowel acute als <u>chronische</u> , psychische problemen	29
2.6.4.1	Taken en doelstellingen	29
2.6.4.2	Doelgroep	30
2.6.4.3	Maatschappelijk werk	30
2.6.4.4	Instroom, doorstroom en uitstroom	30
2.6.5	Functie 3: revalidatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie....	31
2.6.5.1	Taken en doelstellingen.....	31
2.6.5.2	Doelgroep	32
2.6.5.3	Maatschappelijk werk	32
2.6.6	Functie 4: intensieve residentiële behandelunits voor zowel acute als chronische psychische problemen wanneer een opname noodzakelijk is.	32
2.6.6.1	Taken en doelstellingen	33
2.6.6.2	Doelgroep	33
2.6.6.3	Maatschappelijk werk	33
2.6.7	Functie 5: specifieke woonvormen waarin zorg kan worden aangeboden indien het thuismilieu of het vervangend thuismilieu hiertoe niet in staat is (wijziging regelgeving PVT en Beschut wonen).	35
2.6.7.1	Taken en doelstellingen	35
2.6.7.2	Doelgroep	35
2.6.7.3	Maatschappelijk werk	36
HOOFDSTUK 3: PRAKTISCH DEEL		37
3.1 Resultaten, conclusies en aanbevelingen		37
3.1.1	Functie 1: <u>activiteiten inzake preventie en promotie van GGZ</u> , vroegdetectie, screening en diagnosestelling (opdracht van de CGG's).	37
3.1.1.1	Doelstellingen.....	37
3.1.1.2	Doelgroep	38
3.1.1.3	Maatschappelijk werk	38
3.1.1.4	Belemmeringen	38
3.1.1.5	Positieve punten binnen het suïcidepreventieproject.....	39
3.1.1.6	Werkpunten binnen het suïcidepreventieproject.....	39
3.1.2	Functie 1: <u>activiteiten inzake preventie en promotie van GGZ</u> , <u>vroegdetectie, screening en diagnosestelling</u> (opdracht van de CGG's).....	39
3.1.2.1	Doelstellingen.....	39
3.1.2.2	Doelgroep	40
3.1.2.3	Maatschappelijk werk	40
3.1.2.4	Belemmeringen	41
3.1.2.5	Positieve punten binnen functie 1B	41
3.1.2.6	Werkpunten binnen functie 1B	42

3.1.3	Functie 2: ambulante intensieve behandelingsteams voor zowel <u>acute</u> als chronische, psychische problemen	42
3.1.3.1	Doelstellingen.....	42
3.1.3.2	Doelgroep	43
3.1.3.3	Maatschappelijk werk	43
3.1.3.4	Instroom, doorstroom en uitstroom	44
3.1.3.5	Belemmeringen	44
3.1.3.6	Positieve punten binnen de werking van het 2A team	44
3.1.3.7	Werkpunten binnen de werking van het 2A team	45
3.1.4	Functie 2: ambulante intensieve behandelingsteams voor zowel acute als <u>chronische</u> , psychische problemen	45
3.1.4.1	Doelstellingen.....	45
3.1.4.2	Doelgroep	45
3.1.4.3	Maatschappelijk werk	45
3.1.4.4	Instroom, doorstroom en uitstroom	46
3.1.4.5	Belemmeringen	47
3.1.4.6	Positieve punten binnen de werking van het 2B team	47
3.1.4.7	Werkpunten binnen de werking van het 2B team	47
3.1.5	Functie 3: : revalidatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie.	47
3.1.5.1	Doelstellingen.....	47
3.1.5.2	Doelgroep	48
3.1.5.3	Maatschappelijk werk	48
3.1.5.4	Instroom, doorstroom en uitstroom	49
3.1.5.5	Belemmeringen	50
3.1.5.6	Positieve punten binnen het Buddyproject	50
3.1.5.7	Werkpunten binnen het Buddyproject	50
3.1.6	Functie 4: intensieve residentiële behandelunits voor zowel acute als chronische psychische problemen wanneer een opname noodzakelijk is.	51
3.1.6.1	Doelstellingen.....	51
3.1.6.2	Doelgroep	51
3.1.6.3	Maatschappelijk werk	52
3.1.6.4	Instroom, doorstroom en uitstroom	52
3.1.6.5	Belemmeringen	52
3.1.6.6	Positieve punten binnen de werking van Asster	53
3.1.6.7	Werkpunten binnen de werking van Asster.....	53
3.1.7	Functie 5: specifieke woonvormen waarin zorg kan worden aangeboden Indien het thuismilieu of het vervangend thuismilieu hiertoe niet in staat is (wijziging regelgeving PVT en Beschut wonen).	54
3.1.7.1	Doelstellingen.....	54
3.1.7.2	Doelgroep	54
3.1.7.3	Maatschappelijk werk	55
3.1.7.4	Instroom, doorstroom en uitstroom	55
3.1.7.5	Belemmeringen	56
3.1.7.6	Positieve punten binnen de werking van Bewust	56
3.1.7.7	Werkpunten binnen de werking van Bewust.....	56

3.2 Concreet: Het project Reling	57
3.2.1 Positieve elementen.....	57
3.2.2 Knelpunten/werkpunten.....	57
3.2.3 Aanbevelingen.....	58
HOOFDSTUK 4: KRITISCHE KIJK	59
4.1 Kritische visie op de problematiek.....	59
4.2 Beeld op het maatschappelijk werk.....	61
4.3 Actuele tendensen.....	61
4.4 Beperkingen van het onderzoek / hiaten in het eindwerk	62
4.5 Reflectie over wenselijk verder onderzoek / verbetertips	63
4.6 Gefundeerde persoonlijke mening	63
ALGEMEEN BESLUIT	64
BIBLIOGRAFIE	65
BIJLAGE	68
1. Artikel 11	68
2. Schema samenhang/doorstroom functie.....	69
3. Kaart regio Reling en Noolin.....	70
4. Waarde en principes dat Reling hanteert	71
5. Overzicht leden netwerk tot Reling.....	72
6. Strategieën van het suïcidepreventieproject.....	73
7. Instantie die instaat voor het uitvoeren van het Vlaams actieplan suïcidepreventieproject.....	73
8. Doelstellingen suïcidepreventieproject.....	74
9. Taken suïcidepreventieproject	74
10. Luiken functie 1B	74
11. Doelstellingen tafel van indicatie stelling.....	75
12. Doelstelling 2A team	76
13. Criteria cliënten 1A team.....	76
14. Specifieke taken van een MA binnen 2A team	76
15. Doelstellingen 2B team	77
16. Criteria cliënten 2B team.....	77
17. Specifieke taken van een MA binnen een 2B team.....	77
18. Specifieke taken buddy project	78
19. Doelstelling Buddy project	78
20. Criteria cliënten buddyproject	79
21. BOR en crisis bed	80
22. Doelstellingen Asster.....	80
23. Specifieke taken binnen PZ Asster	81
24. Aspecten en taken VZW. Bewust	82
25. Doelstellingen VZW. Bewust	82
26. Logo's.....	83
27. Vragenlijsten (aparte bundel).....	

Afkortingenlijst

- Bewust: Beschut Wonen Sint-Truiden
- BOR: Bed op recept
- CAW: Centrum voor Algemeen Welzijnswerk
- CGG: Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg
- CLB: Centra voor Leerlingenbegeleiding
- DAGG: Dienst Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
- GGZ: Geestelijke Gezondheidszorg
- JAC: Jongeren Advies Centrum
- KOPP: Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problemen
- LOGO: Lokaal Gezondheidsoverleg
- MA: Maatschappelijk Assistent
- MC: Medisch Centrum
- MPI: Medisch Pedagogisch Instituut
- MW: Maatschappelijk Werk
- Noolim: Netwerk GGZ Oost-Limburg
- OCMW: Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
- PC: Psychiatrisch Centrum
- PVT: Psychiatrisch Verzorgingstehuis
- PZ: Psychiatrisch Ziekenhuis
- Reling: Regionaal Limburg Initiatief GGZ
- SIT: Samenwerkingsinitiatief Thuisgezondheidszorg
- VAPS: Vlaams Actieplan Suïcidepreventie
- 2A team: Mobiel Crisis team
- 2B team: Mobiel Chronisch team

Inleiding

Er speelt veel in de GGZ. Vernieuwingen die kansen bieden.

Ontwikkelingen die zorgen baren.

Ervaringen die blij maken, ervaringen die pijn doen.

Probeer hierbinnen je weg te vinden.

Voorgaand tekstje werd door de GGZ-dichtster Marjon Zomer geschreven. Er zijn heel wat veranderingen en vernieuwingen binnen de GGZ doorgevoerd.

Hulpverlening is vaak een kluwen van organisaties en diensten die een aanbod doen. Binnen dit 'labyrint' geraken zowel hulpverleners als cliënten hun weg wel eens kwijt. Binnen de GGZ-sector was dit niet anders, maar door de GGZ te hervormen wil men hier verandering in brengen.

Aanleiding onderzoek

Bij aanvang van mijn stage werd al snel duidelijk dat artikel 107 van de ziekenhuiswet een grote rol speelt in de recente hervormingen van de geestelijke gezondheidszorg. Door artikel 107 is de overheid gaan snoeien in bedden van psychiatrische ziekenhuizen. Hierdoor zou men meer middelen moeten investeren in de uitbouw van de ambulante zorg. Het is de bedoeling dat hierdoor het aantal opnames gaat verminderen of ten minste verkorten wanneer een opname toch noodzakelijk zou zijn.

Doorheen de jaren werd er opgemerkt dat er binnen de geestelijke gezondheidszorg te veel aanbodgericht werd gewerkt en te weinig vraaggericht. Door de hervormingen wil men ook hier op een andere manier mee omgaan. Er zal een zorgnetwerk worden gecreëerd waarin alle belangrijke partners van de geestelijke gezondheidszorg aanwezig zijn. Dit zorgnetwerk moet worden afgestemd op de individuele noden van de cliënten. Op deze manier willen ze er toe komen dat cliënten in hun thuisomgeving kunnen blijven, waardoor ze niet uitgesloten worden van de maatschappij. Men gaat uit van getrapte hulpverlening waarbij er wordt gekeken op welk niveau van hulpverlening de cliënt het best kan geholpen worden. Men gaat uit van het principe dat de minst ingrijpende hulpverlening als eerste moet worden aangegrepen.

Om dit te kunnen realiseren zijn er een aantal projecten uit de grond gestampt. Voor Zuid-Limburg is dit het project Reling. Er zijn vele partners van de geestelijke gezondheidszorg die hebben geïnvesteerd om dit project op poten te kunnen zetten.

Het DAGG Sint-Truiden, de plaats waar ik stage loop heeft ook middelen geïnvesteerd, waardoor ze in bijna elke functie van Reling aanwezig zijn en helpen aan de uitbouw ervan.

Reling bestaat nog niet lang, het is een project dat 5 grote functies heeft. Doordat het een project is, is iedereen nog wat zoekende. De functies zijn in uitbouw, waarbij de ene al wat verder staat dan de andere.

Aangezien ik stage loop op het DAGG, kom ik toch wel regelmatig in contact met het project. Van hieruit is het idee ontstaan om dit project te onderzoeken.

Verwachtingen

Binnen hoofdstuk 1 van mijn eindwerk ga ik het DAGG Sint-Truiden situeren binnen de GGZ. Ik ga hun rol en functie binnen het artikel 107 verhaal proberen te duiden.

Hoofdstuk 2 is het theoretische gedeelte van mijn eindwerk. Hierbinnen ga ik de historiek en de groei van de GGZ duiden. Ik ga weergeven hoe het project Reling tot stand is gekomen. Ik zal de vijf kernfuncties van Reling verduidelijken. Dit ga ik doen door per functie, één organisatie, dienst of project verder uit te werken dat instaat voor de uitbouw van die functie. Ik zal ook weergeven wat de taken, doelstellingen en doelgroep van deze organisaties en projecten zijn. Ik geef ook telkens weer wat de rol van het maatschappelijk werk daarbinnen is.

Hoofdstuk 3 is het praktische gedeelte. In dit deel probeer ik een antwoord te bieden op de volgende vragen:

- Hoe loopt het project Reling in zijn geheel?
- Wat zijn de positieve punten binnen het project?
- Wat zijn de werkpunten binnen het project?
- Hoe verloopt de samenwerking tussen de organisaties en diensten?
- Worden de doelstellingen behaald?
- Hoe past het maatschappelijk werk binnen het project?
- Welke meerwaarde heeft het maatschappelijk werk?

In het kort betekent dit, dat ik voor volgende onderzoeksvraag heb gekozen: Hoe verloopt het project Reling en hoe past het maatschappelijk werk daarin?

Ten slotte ga ik binnen hoofdstuk 4 een kritische reflectie weergeven. Ik ga mijn mening over het onderzoek, het project Reling en de resultaten van dit onderzoek mee geven.

Doelstellingen

De doelstelling die ik voor mezelf heb vooropgesteld is dat ik met het maken van mijn eindwerk een bijdrage kan leveren aan mijn stageplaats. Ik denk dat dit niet enkel een meerwaarde zou hebben voor mijn stageplaats, maar ook voor de andere diensten die betrokken zijn in de uitbouw van Reling. Op deze manier krijgt elke organisatie of dienst een duidelijk beeld over de werking van de anderen en waar zij tegen aan botsen. Door het hebben van dit beeld kan er misschien gemakkelijker naar oplossingen worden gezocht voor probleempunten en naar bevorderende aspecten om ervoor te zorgen dat de positieve punten verder ontwikkeld worden.

Selectie van de vraagstelling

Als instrument heb ik gekozen voor een gestructureerd interview. Dit wil zeggen dat ik op voorhand de gespreksonderwerpen en vragen heb vastgelegd die aan bod zouden moeten komen tijdens het interview. Ik heb voor elke grote functie van het project een persoon of organisatie aangeschreven. Sommige functies worden in meerdere delen opgesplitst. Daarom heb ik voor functie 1 en functie 2 meerdere personen geïnterviewd. Concreet betekent dit dat ik 7 interviews heb afgenomen. Ik heb over het algemeen dezelfde vragen gesteld, omdat ik natuurlijk antwoorden moet krijgen op de aspecten die ik wil onderzoeken. De mogelijkheid bestaat dat ik bij sommige projecten of werkingen een bijkomende vraag heb gesteld. Dit geef ik duidelijk weer in de resultaten en conclusies.

Hoofdstuk 1: situering stageplaats

1.1 Coördinaten

Naam organisatie: DAGG (dienst ambulante geestelijke gezondheidszorg),
vestigingsplaats Sint- Truiden.

Situering organisatie: Sector geestelijke gezondheidszorg

Adres: Tiensesteenweg 53,
3800 Sint-Truiden

Telefoon: 011 / 68 38 27

Fax: 011 / 69 21 82

Website: www.dagg-cgg.be

E-mail: sint-truiden@dagg-cgg.be

Telefonisch bereikbaar elke werkdag van 9.00 u – 17.00 u, vrijdag tot 13.00 u, avondconsultaties op afspraak.



1.2 Missie

De DAGG vzw wil een aangepaste en kwalitatief hoogstaande behandeling bieden aan personen met een psychische of psychiatrische beperking. De aangeboden zorg gaat uit van een totaalbenadering van de cliënt. Hiermee wordt bedoeld dat men rekening gaat houden met zowel de individuele cliënt alsook met zijn gezin en zijn omgeving. Het behandelingsprogramma wordt op een multidisciplinaire wijze bepaald. Het DAGG heeft een aantal functies. Deze zijn diagnostiek, therapie en supervisie. Het is de bedoeling dat men ervoor kan zorgen dat er een proces optreedt waardoor het functioneren van de cliënt, zijn gezin en zijn omgeving binnen de samenleving verbetert.

Om dit te kunnen realiseren wordt er nauw samengewerkt met andere organisaties binnen de GGZ. Er wordt ook samengewerkt met de huisarts en verwijzer, dit in de vorm van een netwerk.

1.3 Visie

Algemene omschrijving

Een CGG is een erkende voorziening die op een multidisciplinaire wijze ambulante geestelijke gezondheidszorg verleent. Dit aan personen van wie de psychische gezondheid verstoord is. De opdracht van het DAGG is verantwoorde zorg aan te bieden. Ze doen dit met het oog op het verbeteren van het psychisch evenwicht. Het draaglijker maken van de psychische stoornissen voor de cliënt en zijn leefomgeving is een streefdoel. Doordat de cliënt competenties kan verwerven of deze verder kan ontwikkelen, verhoogt zijn emancipatie en zijn maatschappelijk functioneren.

Kernaspecten

Men houdt rekening met een aantal kernaspecten zoals bieden van ambulante geestelijke gezondheidszorg op de tweede lijn, bieden van zorg op maat, financiële toegankelijkheid, goede bereikbaarheid, geen discriminatie en oog hebben voor diversiteit. De hulpverlening vertrekt vanuit een emancipatorische en pluralistische visie. De cliënt en zijn omgeving staan centraal. Men heeft een brugfunctie t.a.v. andere diensten en hierdoor doet men aan netwerkvorming. Er wordt rekening gehouden met deontologie. Men doet dit alles vanuit multidisciplinariteit.

Dit is de huidige missie en visie. Rekening houdend met de hervormingen in het landschap van de geestelijke gezondheidszorg heeft het DAGG ervoor gekozen deze bij te schaven. Onder andere artikel 107 dat ik als eindwerkonderwerp heb gekozen heeft geleid tot het formuleren van een nieuwe missie en visie. Hieronder kan u een eerste versie van de herformuleerde missie en visie vinden. Deze zijn veel meer uitgewerkt. Er zit meer diepgang in en ze zijn specifiek opgesteld, niettemin kan men nog altijd veranderingen doorvoeren.

1.4 Voorlopig nieuwe missie

De DAGG vzw wil een kwalitatief hoogstaande zorg bieden aan personen met een psychische stoornis. Dit willen ze doen vanuit een visie van een totaalbenadering van de cliënt, zijn gezin en zijn omgeving.

Ze willen zich graag richten tot de meest kwetsbare groepen van deze samenleving. Dit willen ze realiseren door een zorg of hulp die gedeeld is met andere hulpverlenende instanties en hulpverleners uit de omgeving. Alles vanuit een multidisciplinaire visie op hulp.

Multidisciplinariteit betekent samenwerkingsverbanden tussen personen met verschillende functie-inhouds rondom een individuele cliënt.

Centraal staat de emancipatorische gedachte. Het is de bedoeling om maximaal beroep te doen op de mogelijkheden van de cliënt en zijn omgeving, dit vanuit een krachtengerichte kijk.

Ten slotte is het subsidiariteitsprincipe van groot belang, hierbij wordt er steeds gezocht naar de minst ingrijpende hulp, dit met het uitzicht op een maximaal effect.

In deze missie wordt duidelijk gesproken over multidisciplinaire teams, samenwerkingsverbanden, krachtengerichte kijk en het subsidiariteitsprincipe. In de oude missie was hier minder sprake van. Hieraan kan men zien dat de hervormingen in het landschap van de GGZ mee bepalen hoe een missie beschreven wordt.

1.5 Voorlopige nieuwe visie

1.5.1 Visie op hulpverlening

Algemene omschrijving

De DAGG vzw is een dienst die ambulante geestelijke gezondheidszorg biedt. Ze bieden dit aan personen bij wie de geestelijke gezondheid of de ontwikkeling hiervan ernstig bedreigd of verstoord is. De opdracht van het DAGG is goede zorg en hulp te bieden met het oog op het herstel van het psychische evenwicht. Ook het dragelijk maken van de stoornis en hiermee leren omgaan door zowel de cliënt als zijn gezin en zijn omgeving zijn belangrijk. Men kan vanuit een emancipatorische gedachte cliënten stimuleren om competenties te verwerven, herwinnen of behouden. Deze vormen de basis voor een beter maatschappelijk integreren.

Kernaspecten

DAGG houdt rekening met een aantal kernaspecten zoals multidisciplinariteit, bieden van zorg op maat, subsidiariteitsprincipe, pluraliteit, vrijwilligheid – aanklampend, innovatie, rekening houdend met deontologie.

1.5.2 Visie op doelgroep

Het DAGG biedt hulp aan personen die ernstige psychische problemen ondervinden of wanneer er een groot risico is op de ontwikkeling van een psychische stoornis. De personen

beschikken over onvoldoende draagkracht om zich te kunnen handhaven in hun omgeving. De hulpmogelijkheden van de zorgpartners van de eerste lijn schieten in deze situaties te kort. De DAGG vzw wil zijn middelen zo spenderen dat ook kansarmen, financieel – en sociaal zwakkeren ook kunnen genieten van een deskundig hulpaanbod. Er wordt onderscheid gemaakt tussen 3 leeftijdscategorieën namelijk kinderen en jongeren, volwassenen en ouderen.

1.5.3 Visie op preventie

Het DAGG heeft een signaalfunctie te vervullen. Ze volgen maatschappelijke ontwikkelingen op en spelen indien nodig in op de noden die verder komen uit deze ontwikkelingen en veranderingen. Dit kan al dan niet in samenwerking met andere organisaties. Men kan deze preventie opdelen in twee verschillende niveaus namelijk het hulpverleningsniveau en het doelgroepniveau. Op hulpverleningsniveau staat de behandeling centraal en gaat het vooral over herstelpreventie. Op doelgroepniveau bedoelt men preventie naar specifieke doelgroepen toe. Deze doelgroepen kunnen specifieke bevolkingsgroepen, hulpverleners of voorzieningen zijn, maar kan ook de gehele samenleving zijn.

1.5.4 Visie op netwerking

Overleggen met relevante partners om de organisatie van de zorg te optimaliseren. Men probeert rekening te houden met knelpunten en de kwetsbaren niet uit het oog te verliezen. Het DAGG integreert zijn waarden en normen.

1.5.5 Visie op welzijn personeel

De werknemers zijn tewerkgesteld in een complexe context. Met dit in het achterhoofd wil het DAGG voor het welzijn van zijn werknemers zorgen.

Men kan zien dat ook in de visie een aantal dingen veranderd zijn. Er is een betere structuur aanwezig. Hiermee bedoel ik dat men een beter onderscheid maakt tussen de verschillende onderwerpen die in de visie aan bod komen. Men heeft de visie verder uitgediept waardoor het duidelijker is waar men naar toe wil en op welke manier men ervoor wil zorgen dat de visie gerealiseerd kan worden. Het is duidelijk dat er rekening wordt gehouden met maatschappelijke ontwikkelingen. Een voorbeeld hiervan is het project Reling. Men gaat veel meer aandacht besteden aan netwerking, vraaggericht werken en multidisciplinariteit.

1.6 Doelgroep

Het DAGG is gericht op kinderen, volwassenen en ouderen met psychische en psychiatrische problemen en eventueel hun omgeving, dit binnen de regio's die door de overheid zijn opgelegd. Kinderen vallen binnen de leeftijdscategorie tot 18 jaar. Volwassenen vallen binnen de leeftijdscategorie 18 jaar tot 60 jaar. Vanaf 60 jaar valt men binnen de categorie ouderen. Elke categorie heeft zijn eigen team hulpverleners. Op de vestigingsplaats Sint-Truiden waar ik stage loop is er een kinderteam, een volwassenteam en een team voor personen met een mentale beperking. Deze teams worden opgesplitst zodat een hulpverlening op maat van de cliënt mogelijk wordt, elke leeftijdscategorie of specifieke doelgroep heeft namelijk een andere aanpak nodig.

1.7 Werking

Men kan zich op verschillende manieren aanmelden op het DAGG. Dit kan telefonisch, per e-mail of persoonlijk op de dienst. Dat kan zowel door de cliënt zelf als door een huisarts of een andere verwijzende instantie. Dit betekent dat men voornamelijk aan vrijwillige hulpverlening doet, maar er is ook gedwongen hulpverlening mogelijk.

Nadat een persoon is aangemeld wordt hij/zij binnen 2 à 3 weken uitgenodigd voor een intakegesprek. Tijdens dit intakegesprek gaat het probleem verder verkend worden. Om de week wordt er een teamvergadering gehouden waar de intakes worden overlopen. Er wordt gekeken of deze cliënten door de dienst kunnen worden geholpen of dat ze naar een andere dienst moeten worden doorverwezen. Wanneer men beslist door te sturen, neemt men contact op met de cliënten en met de organisaties waar naar wordt verwezen. Men coördineert de verdere hulpverlening waardoor de cliënten niet het gevoel krijgen dat ze van hot naar haar worden gestuurd. Wanneer er wordt beslist dat de verdere hulpverlening door het DAGG wordt opgenomen worden de cliënten uitgenodigd door de toegewezen hulpverlener. De mogelijkheid bestaat dat de cliënten eerst op een wachtlijst komen te staan. In sommige situaties worden cliënten doorgestuurd naar andere diensten zoals het CGG of het CAW.

Vervolgens kan het hulpverleningsproces binnen het DAGG beginnen, dit kan een aantal weken tot een aantal jaren duren.

Wanneer men spreekt over een normaal verloop van de hulpverlening kan men stellen dat er om de 2 weken een individueel of gezamenlijk gesprek wordt gevoerd. Deze gesprekken

duren 45 minuten tot 1 uur. Wanneer de cliënt door omstandigheden nood heeft aan intensievere hulpverlening kan er worden over gegaan naar 1 gesprek per week. Wanneer de hulpverleners zich vragen stellen rond veiligheid en wanneer de cliënt een bedreiging voor zichzelf of voor zijn omgeving vormt, kan er worden gechopt voor een residentiële opname, al dan niet vrijwillig. Dit is een inschatting die de hulpverleners dienen te maken.

Sinds het invoeren van artikel 107 en het opstarten van het project Reling is er een tussenstap voordat men doorstuurt naar residentiële voorzieningen. Dit betekent dat wanneer het DAGG of een andere ambulante dienst oordeelt dat de ambulante dienstverlening die zij bieden niet voldoende is en er intensievere hulp nodig is, er naar Reling kan worden doorgestuurd. Reling heeft verschillende teams (worden later verder uitgelegd) die intensieve hulp aan huis bieden. Wanneer Reling oordeelt dat ook zij niet kunnen helpen, wordt er gedacht aan een residentiële opname. Wanneer Reling beslist dat hun werk erop zit maar verdere ambulante hulpverlening nodig is, kan de cliënt naar een ambulante dienst zoals het DAGG worden doorgestuurd. Het is een wisselwerking tussen ambulante diensten, residentiële diensten en het project Reling.

1.8 Aanbod

Het DAGG vzw heeft 3 vestigingsplaatsen, dit zijn Lommel, Maaseik en Sint-Truiden. Elke vestigingsplaats heeft dezelfde werkingsprincipes. De mogelijkheid bestaat dat de projecten waarvoor elke vestigingsplaats zich inzet verschillen.

Zowel voor kinderen als voor volwassenen als voor ouderen worden er gesprekken gehouden. Binnen deze gesprekken wordt er gezocht naar de psychische problemen en oorzaken. De onderliggende beleving en gevoelens worden naar boven gehaald. Buiten deze therapeutische hulpverlening wordt er nochtans ook zeer praktische hulp geboden. Dit kan gaan over helpen invullen van documenten en dagschema's opstellen tot adviezen verlenen over tegemoetkomingen, etc.

Binnen deze gesprekken kunnen er verschillende thema's aan bod komen. Een aantal thema's opgesomd:

- *Emotionele problemen*
Angst, fobieën, depressie, suïcidegedachten, psychosomatische klachten, tics, eetproblemen, complexe relationele problemen, ...
- *Persoonlijkheidsproblemen*
- *Gedragsproblemen (vooral bij kinderen)*

Opstandig gedrag, agressief gedrag, overbeweeglijk gedrag, extreme teruggetrokkenheid, ...

- *Ontwikkelingsstoornissen (vooral bij kinderen)*
Autisme, andere aanverwante contactstoornissen, ...
- *Problemen bij verwerking van ingrijpende gebeurtenissen*
Echtscheiding, seksuele mishandeling, lichamelijke of emotionele mishandeling, zelfdoding van een vriend of een nabij familielid, psychiatrische problemen in de omgeving, ...
- *Andere problemen*
Slaapproblemen, nazorg van verslavingsproblematiek (enkel in combinatie met andere psychische problemen), dementie, ...

Naast de individuele gesprekken organiseert het DAGG ook therapeutische groepen. Er worden een aantal sessies rond bepaalde thema's georganiseerd waarbinnen lotgenoten worden samengebracht. Deze groepen worden opgericht voor verschillende leeftijdscategorieën. Een aantal voorbeelden van de groepen die worden georganiseerd zijn: groepen rond eetstoornis, ADHD-oudertraining, sociale vaardigheidstrainingen, depressie bij volwassenen, dementie en Alzheimer, depressie bij kinderen (kikker op groepjes), groeigroepjes. Het aantal sessies hangt af van groep tot groep met een gemiddelde van 10 sessie.

Hoofdstuk 2: Theoretisch deel

2.1 Korte historiek GGZ

Tijdens de jaren 70 werden er een aantal kwaliteitsvereisten vastgelegd met betrekking tot de werking van de psychiatrische ziekenhuizen. Er werden erkenningsnormen en programmatiecriteria voor de volwassen- en kinderteams vastgelegd. Er werden allerlei instanties met betrekking op de geestelijke gezondheidszorg opgericht zoals de MPI's.

In die tijd werd ook de eerste stap gezet naar de gemeenschapsgerichte zorg. De CGG's werden opgericht. Mensen met een psychisch probleem konden terecht bij een CGG dat ambulante hulp bood, hierdoor moest men niet langer perse in opname in een residentiële setting. De onderliggende filosofie van deze centra is dat er een ruimere benadering van psychische en psychiatrische problemen nodig is, dan louter de medische benadering. Men gaat ervan uit dat de mens een bio-psycho-sociaal wezen is. Door niet enkel rekening te houden met het medische-psychiatrische deel, maar ook met het psychosociaal deel kunnen de geestelijke gezondheidsproblemen efficiënter worden opgelost. Dankzij deze ambulante hulp werd het mogelijk om personen met ernstige psychische problemen toch in de maatschappij op te vangen.

Tijdens de jaren 80 kwam men tot de conclusie dat de steeds verdere uitbreiding van de residentiële voorzieningen niet beantwoordden aan de vragen en behoeften van mensen met een psychische problematiek. Hierdoor kwam er de introductie van het moratorium. De bedoeling van het moratorium is om het totaal aantal bedden niet meer te laten stijgen. Dit wil zeggen dat voor elk nieuw geopend bed er een reeds bestaand bed werd gesloten.

Tijdens diezelfde periode is er een opkomst van patiëntenverenigingen die de mensen met psychische problemen willen vertegenwoordigen, dit naar de publieke opinie en het beleid toe.

De volgende stap is een omvorming van een vooral aanbodgerichte residentiële zorg naar een meer vraaggerichte zorg.

In 2002 wordt er getekend voor een verandering in het beleid van de GGZ. In de toekomst zal zowel de acute als de chronische zorg georganiseerd worden in zorgcircuits en zorgnetwerken. Men gaat residentiële opname proberen te voorkomen of te verkorten.

2.1.1 Definitie zorgnetwerk

Het geestelijke gezondheidsaanbod wordt georganiseerd door verschillende zorgbieders. Dit zorgaanbod wordt voorzien op maat van de cliënt. Om dit te kunnen realiseren is er een goede samenwerking tussen de zorgaanbieders nodig. Door deze samenwerking bekomen we een zorgnetwerk. Concreet is een zorgnetwerk een netwerk van zorgaanbieders die samen één of meerdere zorgcircuits realiseren. Dit staat in artikel 11 beschreven. Artikel 11 is de basis waarop artikel 107 op verder bouwt. In bijlage kan u artikel 11 terug vinden (bijlage 1).

2.1.2 Definitie zorgcircuits

Een zorgcircuit is het gehele aanbod van zorg en hulpverlening. Het gaat hier om het geestelijk gezondheidsaanbod dat men gaat afstemmen op de noden en behoeften van de cliënten. Men gaat alle mogelijke zorgtrajecten en modules voorzien en dit op maat van de cliënt. Er gaat rekening worden gehouden met specifieke leeftijdscategorieën waarop men de zorg gaat afstemmen, deze verschillende leeftijdsdoelgroepen zijn kinderen en jongeren, volwassenen en ouderen.

Vanaf 2010 werd het GGZ-aanbod verder gediversifieerd, dit door de implementatie van artikel 107.

Je kan zien dat de GGZ een hele groei en heel wat veranderingen heeft moeten doormaken om tot de hedendaagse organisatie van de GGZ te komen. Het is de bedoeling om een meer vraag gestuurde zorg te bieden op maat van de cliënt. Een goede samenwerking tussen de zorgaanbieders is noodzakelijk. Het is duidelijk dat de vraag van de cliënten niet overeenkwam met het aanbod dat er was. Men stak te veel middelen in het residentiële aanbod waardoor het ambulante aanbod soms werd achtergesteld. De bedoeling is om dit om te draaien, waardoor mensen eerst alle andere hulpmiddelen gebruiken vooraleer men overgaat tot de residentiële maatregelen. Dit is een duidelijk voorbeeld van het subsidiariteitsprincipe. De implementatie van artikel 107 zou moeten meewerken aan de realisatie hiervan.

2.2 Artikel 107

Artikel 107 is net zoals artikel 11 een artikel uit de ziekenhuiswetgeving. Artikel 107 bouwt verder op artikel 11 en wil tevens dat de organisatie van de GGZ volgens de principes van zorgcircuits en zorgnetwerken worden uitgebouwd. Door artikel 107 in te voeren stimuleert de overheid de uitbouw van alternatieve zorgvormen, zo wil de overheid dat men langer in de thuisomgeving kan blijven waardoor men de sociale contacten kan behouden. Het is de bedoeling om de GGZ toegankelijker te maken door een goede uitbouw van een laagdrempelige gespecialiseerde eerstelijns hulp. Ankerpunten van artikel 107 zijn de ontwikkeling van gemeenschapsgerichte zorg, systematische afbouw van het residentiële GGZ-aanbod en de focus op vroeg-detectie van psychische problemen.

Men wil artikel 107 in eerste instantie toepassen op de leeftijdsgroep jongvolwassenen en volwassenen (16 – 65 jaar).

Zoals hierboven al omschreven, wordt de organisatie van de GGZ uitgewerkt volgens de principes van zorgcircuits en zorgnetwerken. Elk netwerk moet een netwerkcoördinator kiezen. Deze coördineert de opstart en de ontwikkeling van het netwerk en concretiseert het project artikel 107. Elke actor duidt een verantwoordelijke aan, deze is het aanspreekpunt van zijn eigen organisatie en staat dan mee in voor de organisatorische uitbouw van een netwerk. Elke actor moet ook een referentiepersoon aanwijzen, deze is het uitvoeringsorgaan en focust zich daarbij vooral op de inhoudelijke uitbouw van het netwerk. De cliënt staat hierin altijd centraal. Deze referentiepersonen zijn verantwoordelijk voor het uitwerken van een succesvol traject van de cliënten en zullen hierbij rekening houden met de behoeften van deze cliënten. Ze vervullen een brugfunctie tussen de verschillende beschikbare middelen van het netwerk.

Concreet wil artikel 107 de afbouw van ziekenhuisbedden realiseren. Er zijn steeds meer ziekenhuizen die betrokken zijn met artikel 107. Deze zouden minstens 30 A (acuut) of T (chronische) bedden moeten afbouwen. Het personeel dat hier tewerkgesteld was kan instappen in de uitbouw van artikel 107. Andere partners uit het netwerk kunnen natuurlijk ook middelen en personeel bieden.

2.3 De 5 kernfuncties van artikel 107

Alle actoren uit het werkingsgebied moeten samenwerken. Ze moeten strategieën bedenken die oplossingen bieden voor alle noden met betrekking op de geestelijke gezondheid van de personen die in hun regio leven. Om deze strategieën succesvol te kunnen uitvoeren moeten deze voldoen aan een aantal functies. Artikel 107 oriënteert zich op 5 grote functies. Deze functies kunnen per regio anders worden ingevuld, maar dit wordt later nog besproken. Later wordt er ook nog besproken welke functie en welke taken een maatschappelijk werker kan invullen binnen deze kernfuncties. Ik heb mijn eindwerk op deze functies gebaseerd. Daarom geef ik hieronder een kort overzicht van deze kernfuncties.

De 5 kernfuncties zijn:

- *Functie 1: activiteiten inzake preventie en promotie van GGZ, vroegdetectie, screening en diagnosestelling (opdracht van de CGG's).*
 - ➔ Functie 1A: activiteiten inzake preventie en promotie van GGZ.
 - ➔ Functie 1B: vroegdetectie, screening en diagnosestelling
- *Functie 2: ambulante intensieve behandelingssteams voor zowel acute als chronische, psychische problemen.*
 - ➔ Functie 2A: De mobiele crisis teams
 - ➔ Functie 2B: De mobiele teams voor chronische zorg
- *Functie 3: revalidatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie.*
- *Functie 4: intensieve residentiële behandelunits voor zowel acute als chronische psychische problemen wanneer een opname noodzakelijk is.*
- *Functie 5: specifieke woonvormen waarin zorg kan worden aangeboden indien het thuismilieu of het vervangend thuismilieu hiertoe niet instaat is (wijziging regelgeving PVT en Beschut wonen).*

Deze functies staan niet los van elkaar, maar zijn door elkaar verweven. Men wil komen tot een aaneenschakeling van hulp en dienstverlening. In bijlage kan u een schema vinden dat de samenhang en doorstroom tussen deze functies verduidelijkt (bijlage 2).

2.4 Structuur GGZ

De uitwerking van artikel 107 en de invulling van de kernfuncties hangt af van provincie tot provincie en van regio tot regio.

Op 1 juni 2010 deed de overheid een oproep om deel te nemen aan het project binnen Limburg. Voorzieningen die hierin geïnteresseerd waren konden zich inschrijven via het formulier 'verklaring van interesse'. De geïnteresseerden waren OPZC Rekem, KPC Genk, PZ Sancta Maria, PZ Ziekeren, MC Sint-Jozef, Mariaziekenhuis Overpelt, Jessa ziekenhuis Hasselt en ZOL Genk.

Op 31 oktober 2010 werden er door verschillende regio's binnen Limburg een aantal projectvoorstellen met betrekking tot artikel 107 ingediend. Vanuit Noord-Limburg werd Noolim geïntroduceerd. Noolim staat voor netwerk GGZ Oost-Limburg. Zuid-West en West-Limburg introduceerden Reling dat staat voor regionaal Limburg initiatief GGZ. Habitat werd geïntroduceerd door de zorgregio's Hasselt, Bilzen en Tongeren. De regio Noord-Limburg diende niks in omdat er in hun regio geen psychiatrisch ziekenhuis gelegen is.

Uiteindelijk werden de projecten Reling en Noolim verder uitgewerkt waardoor er twee netwerken binnen de GGZ binnen Limburg ontstonden. In bijlage kan u een kaart terug vinden waarop duidelijk wordt weergegeven binnen welke regio's Reling en Noolim actief zijn (bijlage 3).

2.5 Reling

Aangezien ik stage loop op het DAGG Sint-Truiden vallen wij binnen de regio van Reling. Het DAGG Sint-Truiden werkt dus hoofdzakelijk samen met Reling, daarom leg ik het project Reling uit in mijn eindwerk.

Reling hanteert de visie van een gemeenschapsgerichte, vraaggestuurde, gediversifieerde zorg waarmee ze willen streven naar korter durende gespecialiseerde hulp in de PZ's, dit met minder bedden en nieuwe, goed afgestemde zorgvormen waardoor de cliënten langer in de natuurlijke thuisomgeving kunnen blijven.

In bijlage kan u een opsomming van waarden en principes die Reling hanteert terug vinden (bijlage 4).

2.5.1 De ledensamenstelling

Alle organisaties werkzaam binnen de regio Reling tekenden een samenwerkingsakkoord of engagementsverklaring. Concreet wil dit zeggen dat er een aantal organisaties lid zijn geworden van het netwerk Reling. Er kan door deze organisaties op verschillende manieren worden geïnvesteerd in Reling. Dit kan door het vrij maken van middelen, werkrachten, helpen uitbouwen van functies, deelnemen aan overleggen ect. Het schema van deze leden kunt u vinden in de bijlagen (Bijlage 5).

Binnen Reling zitten zowel interne als externe werkrachten. De interne werkrachten zijn degenen die specifiek geworven zijn om het project Reling werkbaar te maken.

Artikel 107 staat onder andere voor de afbouw van ziekenhuisbedden, hiermee gaat gepaard dat er een aantal afdelingen binnen de residentiële settings gesloten werden. Vele medewerkers van deze afdelingen die gesloten werden, hebben zich aangesloten bij het project Reling. Deze horen ook bij de interne medewerkers.

Vele organisaties die een samenwerkingsakkoord hebben getekend hebben middelen vrijgemaakt om te investeren in Reling. Een aantal hebben werkrachten vrijgemaakt die werkzaam zijn binnen Reling. Deze werknemers blijven wel ingeschreven onder de organisatie die deze werkrachten biedt en niet onder Reling. Dit zijn de externe werkrachten.

2.6 Uitwerking kernfuncties binnen Reling

Hieronder staat een opsomming van de functies en de manier waarop Reling deze wil invullen. Per functie heb ik een organisatie of project gekozen om verder uit te diepen. Ik ga het hebben over de taken doelstellingen, doelgroep, maatschappelijk werk etc. Het is de bedoeling dat het duidelijk wordt hoe elke functie wordt ingevuld. Indien dit van toepassing is, ga ik de betrokkenheid van mijn stageplaats het DAGG benadrukken.

2.6.1 Functie 1: activiteiten inzake preventie en promotie van GGZ, vroegdetectie, screening en diagnosestelling (opdracht van de CGG's)

→ Functie 1A

Deze functie richt zich op de preventie en promotie met betrekking op de GGZ. De bedoeling is om te komen tot een meer geïntegreerd aanbod van preventieactiviteiten. Om deze reden is er beslist om een overleg te organiseren tussen de verschillende instanties die instaan voor

de preventie en promotie van de GGZ. Deze instanties zijn LOGO's, CAD-Preventie, CGG – Suïcidepreventie, KOPP-project, Familieplatform, Similes, Uilenspiegel en eerstelijnszorg Listel en OCMW.

Ik heb ervoor gekozen om binnen de functie het suïcidepreventieproject uit te diepen. Dit project wordt opgenomen binnen het DAGG Lommel.

Het suïcidepreventieproject staat in (samen met nog andere instanties) voor het uitvoeren van het Vlaamse Actie Plan Suïcidepreventie. In bijlage (bijlage 6) kan u samengevat terugvinden welke strategieën er worden ondersteund door de suïcidepreventiewerkers. U kan in bijlagen (bijlage 7) ook terug vinden welke andere instantie instaan voor het uitvoeren van het Vlaamse Actieplan Suïcidepreventie.

2.6.1.1 Taken en doelstellingen

De nadruk ligt vooral op het bevorderen van de deskundigheid van intermediairs. Dit wil zeggen dat de hoofdtaak van de suïcidepreventiewerkers erin bestaat om intermediairs te vormen met betrekking tot het goed omgaan met suïcidaliteit. Ze gaan deze stimuleren om een suïcidepreventiebeleid uit te werken binnen hun organisatie. Ze trachten deze organisaties op de hoogte te houden van aanbevelingen en hulpmiddelen inzake preventie van suïcide. Het suïcidepreventieproject tracht in samenwerking met andere organisaties, hulpmiddelen te ontwikkelen voor intermediairs. De doelstellingen en een korte samenvatting met betrekking tot de taken die het suïcidepreventieproject opneemt binnen het project Reling zijn terug te vinden in de bijlage (bijlage 8 en 9).

2.6.1.2 Doelgroep

De suïcidepreventiemedewerkers hebben dus geen gesprekken met cliënten. Hun doelgroep zijn intermediairs. Dit wil zeggen dat zij contacten hebben met Politie, Scholen, CAW's, JAC's, Jeugdzorg, CLB, Huisartsen, CGG's, Initiatieven Beschut Wonen, Psychiatrische Ziekenhuizen, Algemene Ziekenhuizen, Rusthuizen, OCMW, SIT's, Zij ondersteunen andere hulpverleners in de opvang van cliënten die suïcidaal gedrag stellen.

2.6.1.3 Maatschappelijk werk

Sinds kort is er een maatschappelijk werker aangeworven die instaat voor de organisatie van de vormingen, assistentie in het geven van de vormingen en de contactopname met verschillende organisaties.

De maatschappelijk werkers hebben een specifieke bijdrage op vlak van netwerkvorming, in kaart brengen van maatschappelijke pijnpunten. Hierbij zal de maatschappelijk werker voornamelijk inbreng hebben in algemene preventie op maatschappelijk niveau, signalering en beleidsondersteuning en het bieden van vorming.

2.6.2 Functie 1: activiteiten inzake preventie en promotie van GGZ, **vroegdetectie, screening en diagnosestelling (opdracht van de CGG's)**

→ Functie 1B

Binnen functie 1B zitten er vier luiken. Ik heb vooral trap 3 van luik 4 bevroegd. Meer informatie over de andere luiken kan u terug vinden in bijlage (bijlage 10). In de uitwerking van dit deel en het praktisch deel komt er nochtans wel eens iets terug uit de andere luiken omdat men deze niet altijd volledig onafhankelijk van elkaar kan bekijken.

Luik 4: hervorming van de GGZ.

Binnen dit luik gaat het vooral over 'hoe mensen toestromen naar de juiste hulpverlening'. In het verleden gebeurde dit op de verkeerde manier. De cliënt werd van hot naar haar gestuurd. Dit zorgde voor een deuk in de motivatie van de cliënten waardoor zij afhaakten en geen hulp kregen.

Daar wil dit vierde luik iets aan doen. Reling heeft zijn eigen instroombeleid hervormd. Ze maken gebruik van een getrappt systeem van indicatiestelling.

- *Trap 1:* de 2de en 3de lijns GGZ hebben indicatiestellingsteams. Men gaat na of de cliënt op de juiste plaats is. Wanneer de cliënt binnen deze lijnen en organisaties thuishoort is het goed. Wanneer deze hier niet thuishoort gaat men over naar trap 2 van de indicatiestelling.
- *Trap 2:* De organisatie waarbij de cliënt is aangemeld gaat contact opnemen met een hulpverlener/organisatie waarvan die denkt dat de cliënt daar wel zou thuis horen. Dit noemt men indicatiestelling via overleg.
- **Trap 3:** Sommige aanvragen zijn erg moeilijk door de Multi complexe problematiek, waardoor er onmogelijk één enkele hulpverlener een beslissing kan nemen of een eenduidig antwoord kan bieden. Wanneer zo een situatie zich voor doet, komen de dossiers terecht op de tafel van indicatiestelling. Hierbij lenen alle GGZ-partners uit de regio een expert die

deelnemen aan dit overleg. De aanmelder van de cliënt kan ook worden uitgenodigd op dit overleg, dit kan bijvoorbeeld een huisarts zijn.

Om dit overleg te kunnen realiseren moet er toestemming van de cliënt zijn. Vroeger werd de huisarts te weinig betrokken waardoor het niet altijd duidelijk was, wat er met de cliënt gebeurde. Daarom wil men de huisarts mee betrekken.

Het overleg eindigt niet zolang er geen oplossing gevonden wordt. Er moet met andere woorden een oplossing/behandeling gevonden worden. Er wordt vaak een zorgplan bekomen dat door verschillende GGZ-partners wordt opgenomen. Waar dit vroeger door 1 partner zou worden opgenomen, wordt de zorg nu door verschillende partners opgenomen. Het is de bedoeling dat er een schakeling van partners komt waardoor het complexe verhaal kan worden opgelost.

2.6.2.1 Taken en doelstellingen

Er zijn verschillende organisaties of personen die deelnemen aan dit overleg. Het gaat over de GGZ actoren die binnen de subregio's gelegen zijn. Dit overleg kan worden uitgebreid door eerstelijnsdiensten en de aanmelder. Samen hebben zij vooral de taak indicatiestelling, overleggen en afspraken maken rond een cliënt. Zij gaan de doelstellingen nagaan en een behandelplan opstellen. De doelstellingen van de tafel van indicatiestelling kan u terug vinden in bijlage (bijlage 11).

2.6.2.2 Doelgroep:

De bedoeling van de tafel van indicatiestelling is dat cliënten die in een complexe situatie verkeren, verder geholpen worden. Het valt op dat dit cliënten zijn die vaak een multi-complexe problematiek hebben, waardoor er geen eenduidige oplossing geboden kan worden.

2.6.2.3 Maatschappelijk werk

Aan dit overleg kunnen er verschillende organisaties deelnemen. Het is de bedoeling dat ze elk één expert op het gebied van indicatiestelling leveren. Degene die deze taak op zich neemt, moet duidelijk kunnen weergeven waarvoor zijn/haar organisatie of dienst staat. Er neemt ook een medewerker van het DAGG deel aan dit overleg.

Er nemen momenteel geen maatschappelijk werkers deel aan dit overleg, maar dit zou zeker wel kunnen.

2.6.3 Functie 2: ambulante intensieve behandelingsteams voor zowel **acute** als chronische, **psychische problemen**.

→Functie 2A

De mobile teams werden binnen deze functie opgericht. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen het 2A team of het mobiel crisis team en het 2B team, ook wel het chronische team genoemd.

Het mobiel crisis team gaat psychiatrische thuiszorg bieden wanneer cliënten met een psychiatrisch probleem in een crisis zitten. Hierdoor willen ze proberen een ziekenhuisopname te voorkomen. Deze functie staat in om ervoor te zorgen dat het aantal ziekenhuisbedden afneemt. Dit team komt vooral op in acute tot subacute situaties waarbij zij 1 maand lang (4 weken) een aantal dagen per week tot een aantal keren per dag indien dit nodig is aan huis gaan. Naarmate de 4 weken vorderen proberen de hulpverleners de zorg af te bouwen, want er zijn geen andere diensten die elke dag aan huis gaan. Het zou dan na die 4 weken een te grote verandering zijn voor de cliënt. Nadien kunnen de cliënten doorstromen naar andere hulpverlening.

2.6.3.1 Taken en doelstellingen

Het 2A team voert heel wat taken uit om zijn doelstellingen te kunnen bereiken. Hun voornaamste taak is op huisbezoek gaan en de nodige hulp bieden aan de cliënten. Zij voeren gesprekken met de cliënten en doen interventies om de crisis op te vangen. Deze interventies kunnen heel uiteenlopend zijn, daarom dat een 2A team, een multidisciplinair team moet zijn. Ze nemen deel aan een zorgoverleg, tafel van indicatiestelling, houden teamvergaderingen en briefings. Na afronding van het hulpverleningstraject bij het 2A team, volgen zij toch het verdere hulpverleningstraject op om op de hoogte te blijven. De doelstellingen van dit team kan u opgesomd terug vinden in bijlage (bijlage 12).

2.6.3.2 Doelgroep

Iedereen met een psychiatrische problematiek die in een crisis zit kan terecht bij het 2A team. Er wordt beroep gedaan op andere hulpverlenende instanties wanneer het gaat om een chronisch psychiatrische patiënt die in een crisis zit. Er zijn een aantal voorwaarden waaraan de cliënten moeten voldoen om geholpen te kunnen worden door het 2A team. Deze voorwaarden kan u terug vinden in bijlage (bijlage 13).

Tenzij men buiten de leeftijd -of regiovoorwaarden valt, doet het 2A team toch altijd een intake. Op deze manier kunnen ze zelf een beter inschatting maken en vallen er geen cliënten door de mazen van het net.

2.6.3.3 Maatschappelijk werk

Binnen het 2A team zijn er mensen met verschillende achtergronden werkzaam. Het is een multidisciplinair team. De taken van de hulpverleners kunnen door elkaar lopen, zo kan een MA bijvoorbeeld gedragstherapeutisch aan de slag gaan, maar normaal houdt iedereen zich wel aan zijn specifieke taken. De kerntaken concrete dienstverlening, informatieve dienstverlening en advies zijn heel belangrijk om de crisis op te kunnen vangen. Natuurlijk zijn er nog andere kerntaken die in de werking van de MA's binnen het 2A team voorkomen. Een aantal specifieke taken die een MA uitvoert binnen deze functie kan u terug vinden in bijlage (bijlage 14).

2.6.4 Functie 2: ambulante intensieve behandelingsteams voor zowel acute als chronische, psychische problemen.

→Functie 2B

Functie 2B wordt uitgevoerd door het 2B team. Dit team gaat psychiatrisch begeleiding en ondersteuning bieden in de thuissituatie, aan cliënten die al langer te maken hebben met een complexe psychiatrische problematiek.

Er gaat per cliënt bij de opstart van de hulpverlening een aantal doelstellingen worden opgesteld. Men gaat in kaart brengen welke hulpverlener van het 2B team, het beste bij de cliënt en de te behalen doelstellingen aansluit.

Ze gaan vraaggericht te werk, om deze reden gaan ze samen met de cliënt in kaart brengen waar ze naar toe willen en wat men wil bereiken.

2.6.4.1 Taken en doelstellingen

Binnen dit team wil men ervoor zorgen dat de cliënt een 'totaal begeleiding' krijgt. Dit wil zeggen dat elk probleem of vraag van de cliënt kan worden beantwoord door de meeste geschikte hulpverlener van het 2B team. De taken bestaan er vooral uit om gesprekken te doen, nieuwe methodieken uit te proberen, deel te nemen aan een overleg en de tafel van indicatiestellingen, het houden van teamvergaderingen en besprekingen, ...

Hierbij wil men een aantal doelstellingen bereiken. Deze kan u terug vinden in bijlage (bijlage 15).

2.6.4.2 Doelgroep

De doelgroep van een 2B team zijn mensen met een chronische psychiatrische problematiek die een uitval hebben op verschillende levensdomeinen.

Er zijn een aantal mensen met een specifieke problematiek zoals bijvoorbeeld personen met een persoonlijkheidsstoornis die niet worden behandeld door een 2B team omdat deze beter door een andere dienst geholpen kunnen worden. In de praktijk gebeurt dit wel. Men bekijkt elke cliënt als een individu. Ze gaan uit van het principe van getrapte zorg, waarbij er wordt afgewogen op welk niveau van hulpverlening de cliënt het beste kan worden geholpen. Men kiest hierbij altijd de minst ingrijpende interventie. Er zijn een aantal voorwaarden waaraan de cliënten moeten voldoen vooraleer ze door een 2B team worden opgevolgd. Deze voorwaarden kan u terug vinden in bijlage (bijlage 16).

2.6.4.3 Maatschappelijk werk

Het 2B team is een multidisciplinair team, waar een aantal MA's in zitten. De taken van de hulpverleners lopen wel wat door mekaar, maar net zoals bij het 2A team, voert iedereen zijn specifieke taak uit. In bijlage (bijlage 17) kan u een opsomming vinden van een aantal specifieke taken dat een MA binnen 2B team uitvoert.

De tussenkomsten door de MA moeten van ondersteunende, inzicht gevende en structurerende aard zijn. Deze verlopen door het stimuleren van de competenties van de cliënt en zijn netwerk.

2.6.4.4 Instroom, doorstroom en uitstroom

Er bestaat een uitgebreide- en een verkorte aanmeldingsprocedure. Deze verkorte aanmeldingsprocedure is er gekomen doordat er een aantal partners aangaven dat ze te weinig tijd hadden of te weinig wisten over de cliënt om de uitgebreide aanmeldingsprocedure te volgen. In de uitgebreide procedure staan er meer vragen die moeten worden ingevuld.

De hulpverlening moet niet binnen een bepaalde duur worden afgerond. Wanneer de hulpverlening wordt afgerond probeert het 2B team altijd 'positief af te ronden'. Dit houdt in

dat het team ervoor gaat zorgen dat er een netwerk is waarop de cliënt kan terugvallen. Ze laten de cliënt niet zomaar los, maar ze gaan ervoor zorgen dat er een dienst of persoon is, die de cliënt verder kan ondersteunen.

2.6.5 Functie 3: rehabilitatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie.

Het is de bedoeling dat de cliënten rehabiliteren waardoor ze zich goed kunnen integreren in de maatschappij. Men gaat werken rond thema's zoals werken, vrije tijd, sociale contacten, leren etc. Net zoals bij de vorige functies hebben er ook om deze functie te kunnen uitwerken een aantal externe diensten middelen geïnvesteerd. Het DAGG neemt het buddy-project voor zijn rekening. Daarom ga ik vervolgens dit project toelichten, waaruit zal blijken dat het maatschappelijk werk hierin sterk aanwezig is.

2.6.5.1 Taken en doelstellingen

Het buddy-project werkt vooral rond het thema sociale contacten. Men merkt dat mensen met psychische problemen vaak te kampen krijgen met sociale isolatie. Deze sociale isolatie kan een oorzaak zijn waardoor er psychische problemen ontstaan, maar kan ook een gevolg zijn van psychische problemen.

Het buddy-project gaat opzoek naar vrijwilligers, deze komen op gesprek bij de maatschappelijk werker die het project leidt. Wanneer deze vrijwilliger in aanmerking komt wordt er op hem de naam buddy geplakt. Deze buddy gaat men matchen aan een persoon die psychische of psychiatrische moeilijkheden ervaart. Op deze persoon wordt de naam deelnemer geplakt. Het is de bedoeling dat de buddy en de deelnemer een spontaan, niet hulpverlenend gericht contact hebben, dit kan één keer in de week of één keer in de twee weken. Ze doen allerhande activiteiten waardoor het sociale isolement van de deelnemer wordt doorbroken. Men kan de sociale participatie hierdoor stimuleren. Het is namelijk zoals ik nog al eens heb aangehaald voor mensen met een psychiatrische kwetsbaarheid een hele opdracht om zelfstandig te wonen en zich te (re)integreren in onze maatschappij. In bijlage (bijlage 18 en 19) kan u een samenvatting van specifieke taken en doelstellingen van het buddyproject terug vinden.

2.6.5.2 Doelgroep

De buddywerking richt zich op chronisch psychiatrische patiënten die door hun psychische beperking in een sociaal isolement zijn gekomen. Het buddyproject heeft vrijwilligers nodig om hun werking te kunnen realiseren. De cliënten heten deelnemers, de vrijwilligers worden buddy genoemd. Binnen de buddywerking wordt er gekozen voor een 1 op 1 contact.

Voor 2009 kon men enkel in het buddy-project instappen wanneer men viel onder de regio Zuid – Limburg. Na 2009 is deze uitgebreid waardoor er nu ook aanmelding van buddy's en deelnemers uit Hasselt en Genk worden aanvaard. Er zijn wel een aantal voorwaarden waaraan buddy's en deelnemers moeten voldoen, deze zijn terug te vinden in bijlagen (bijlage 20).

2.6.5.3 Maatschappelijk werk

Er is één maatschappelijk werker deeltijds tewerkgesteld op het DAGG die zich inzet voor dit project. Zij zorgt ervoor dat alles goed verloopt. Zij houdt gesprekken met de buddy's en met de deelnemers. Ze probeert mensen te vinden die goed met elkaar passen, er wordt dus wel nagedacht over de matching. De specifieke taken kan u terug vinden in bijlagen (bijlage 18).

2.6.6 Functie 4: intensieve residentiële behandelunits voor zowel acute als chronische psychische problemen wanneer een opname noodzakelijk is.

Binnen functie 4 zitten de instanties die residentiële zorg kunnen bieden aan de cliënten. Asster heeft veel middelen geïnvesteerd in Reling. Zo heeft Asster een aantal afdelingen gesloten wat wil zeggen dat er op dat moment minsten 60 bedden werden afgebouwd. Hierdoor kwamen er een aantal middelen en werkkrachten vrij. Deze zijn gebruikt in de uitbouw van de andere functies binnen Reling. Om deze reden heb ik ervoor gekozen om binnen deze functie het PZ Asster verder uit te werken. Binnen Asster is er een PZ en een PVT uitgebouwd. Het psychiatrische verzorgingstehuis (PVT) is een specifieke woongelegenheid en hoort daarom onder functie 5. Ik ga het binnen functie 4 hebben over het psychiatrisch ziekenhuis (PZ) Asster.

Asster is dus een psychiatrisch ziekenhuis waar er mensen worden opgenomen wanneer ze te kampen krijgen met een psychiatrisch problematiek waarbij ze niet langer in hun thuissituatie kunnen verblijven. Deze opnames kunnen van korte duur, maar ook van lange duur zijn.

2.6.6.1 Taken en doelstellingen

Binnen functie 4 ligt de focus op medische en paramedische interventies en psychotherapeutische interventies. Dit zorgaanbod beoogt genezing en herstel waar mogelijk, stabilisering van het ziekteverloop.

Buiten het normale aanbod van Asster zijn er een aantal specifieke residentiële opvangmodaliteiten uitgebouwd voor de cliënten van Reling. Deze zijn het bed-op-recept en het crisisbed. Meer uitleg over het crisisbed en bed op recept kan u terug vinden in bijlage (bijlage 21).

Het is de bedoeling dat gedurende het ganse opnametraject de opnameduur bewaakt wordt en de mogelijkheid van ambulant verderzetten van de begeleiding afgewogen wordt en waar mogelijk ingeschakeld.

Door het uitbouwen van het project Reling wil men er eigenlijk voor zorgen dat de aantal opnames verminderen. De samenwerking tussen de verschillende functies zou het aantal opnames moeten beperken. Het gebruik maken van de ambulante zorg, de kortdurende crisisopname en het bed-op-recept verminderen de opnameduur. Na intensieve residentiële behandeling kan de patiënt terugkeren naar het reguliere maatschappelijk leven, waar mogelijk zonder extra ondersteuning en/of begeleiding en behandeling, of indien nodig met ambulante zorg in zijn leefomgeving. De doelstellingen die Asster opneemt binnen het artikel 107 verhaal kan u terug vinden in bijlage (bijlage 22).

2.6.6.2 Doelgroep

Binnen de algemeen omschreven doelgroep richt deze functie zich tot psychiatrische patiënten, die zich in een zodanige ernstige fase van hun problematiek bevinden dat hulpverlening in de eigen leefomgeving niet haalbaar en/of aangewezen is.

Dit zijn vooral cliënten waarvan de uitval op verschillende levensdomeinen zo erg is dat men ze niet in de thuissituatie kan oplossen of dat het gevaar voor zowel de cliënt als de maatschappij te gevaarlijk is om hen in de thuissituatie te blijven begeleiden.

2.6.6.3 Maatschappelijk werk

Het maatschappelijk werk is in het PZ ingebouwd. Dat betekent dat het MW binnen deze context geen primair doel is. Het doel is dat de patiënt in de totaliteit wordt benaderd. Vanuit de maatschappelijk werkers is een vraaggerichte zorg naar zowel de patiënt als

zijn/haar systeem een evidentie. Als generalist heeft de maatschappelijk werker vooral oog voor de totale leefsituatie van de patiënt. De MA dient te werken vanuit een multidisciplinair team. De verschillende disciplines werken samen voor een kwaliteitsvolle behandeling.

De MA's werkzaam binnen Asster hebben een zeer uitgebreid takenpakket. Een opsomming van een aantal taken die een MA binnen het PZ Asster uitvoeren kan u terug vinden in bijlage (bijlage 23).

2.6.7 Functie 5: specifieke woonvormen waarin zorg kan worden aangeboden indien het thuismilieu of het vervangend thuismilieu hiertoe niet instaat is (wijziging regelgeving PVT en Beschut wonen).

Binnen deze functie gaan er een aantal specifieke woonvormen worden opgericht voor mensen met psychiatrische problemen. Zoals ik hierboven nog al eens heb vermeld hoort het PVT ook binnen deze functie. Nochtans heb ik ervoor gekozen om een andere woonvorm te bespreken. Ik heb ervoor gekozen om vzw Bewust uit te diepen.

De bedoeling van het uitbouwen van deze functie is het streven naar een zo goed als mogelijk eindresultaat. Men wil ervoor zorgen dat de graad van herstel, integratie of inclusie en zelfstandigheid in de samenleving zo hoog mogelijk is. Dit wil men bereiken door deze personen goed te begeleiden. Om deze functie te vervullen wordt er samengewerkt met partners uit de reguliere zorg.

Deze functie wordt dus net zoals functie 3 en 4 niet rechtstreeks door de interne medewerkers van Reling uitgevoerd, maar door externe diensten die een samenwerkingsakkoord of een engagementsverklaring met Reling hebben gesloten. Reling heeft een akkoord met vzw beschut wonen N-Limburg en W-Limburg, vzw Basis te Hasselt, vzw Bewust te Sint-Truiden en vzw De Overstap te Bilzen.

Ik ga de samenwerking tussen Reling en vzw Bewust verder uitdiepen omdat deze vzw gelegen is in Sint-Truiden, waar ook mijn stageplaats gelegen is. Daardoor komt het DAGG en de vzw Bewust vaak met elkaar in contact.

2.6.7.1 Taken en doelstellingen

Bewust is een initiatief beschut wonen. Zij begeleiden mensen met een langdurige psychiatrische stoornis en ondersteunen hen in het uitvoeren van de dagdagelijkse dingen. De medewerkers van Bewust willen de cliënten zoveel mogelijk laten herintegreren in de maatschappij. Bewust is gericht op de verzelfstandiging van de cliënten. Zij richten zich op de doorstroom naar een reguliere woonst, maar dit lukt niet altijd.

Bewust biedt de cliënten een woonplaats aan. Dit kan zowel in groep als individueel. Het aanbod is ongeveer 80% aan groepshuizen en 20% aan individuele plaatsen.

Er zijn 3 pijlers die vzw Bewust belangrijk vindt en aandacht voor heeft. De pijlers zijn:

- **Wonen:** Bewust huurt een aantal groepswoningen en individuele woningen die ze tot de beschikking van de cliënten stellen. Men gaat rekening houden met verschillende aspecten bij het toewijzen van een woning. De medewerkers van Bewust moeten de juiste combinaties maken, anders is het niet werkbaar. Binnen een groepswoning gaat men bijvoorbeeld de nieuwe persoon eerst voorstellen aan de andere inwonenden. Wanneer het klikt kan de cliënt zich aansluiten in de groepswoning, wanneer men op voorhand ziet dat dit niet gaat klikken zoeken ze een andere plaats.
- **Het hebben van een dagbesteding:** Vanuit de rehabilitatievisie gaan de medewerkers en de cliënten samen zoeken naar een zinvolle dagbesteding.
- **Vrije tijd:** Bewust heeft een eigen vrijetijdaanbod waar de cliënten gebruik van kunnen maken. De cliënten kunnen natuurlijk ook nog andere activiteiten ondernemen.

Naast deze 3 pijlers heeft Bewust oog voor nog een aantal andere aspecten en nemen zij een aantal taken op zich. Deze aspecten, taken en doelstellingen van Bewust kan u terug vinden in bijlage (bijlage 24 en 25).

2.6.7.2 Doelgroep

De doelgroep van Bewust zijn langdurige psychiatrische patiënten boven de 18 jaar die een uitval hebben op verschillende levensdomeinen waardoor ze niet kunnen integreren in de maatschappij.

Er is weinig exclusie, maar er zijn toch een aantal voorwaarden waaraan de cliënten moeten voldoen. Dit zijn volgende voorwaarden:

- Motivatie
- Financiële haalbaarheid
- Er moet een netwerk van zorg zijn
- De veiligheid moet gegarandeerd kunnen worden.

2.6.7.3 Maatschappelijk werk

Het merendeel van de hulpverleners die werkzaam zijn binnen vzw Bewust zijn maatschappelijk werkers. Zij bieden woonzorg in de breedste vorm. Hiermee bedoel ik dat ze heel veel taken op zich nemen. Bijna alle kerntaken van het maatschappelijk werk komen terug binnen de werking van Bewust. De specifieke taken die de hulpverleners uitvoeren zijn hierboven opgesomd of kan u terug vinden in de bijlage (bijlage 24)

Hoofdstuk 3: praktisch deel

3.1 Resultaten en conclusies en aanbevelingen

Binnen het theoretisch deel heb ik per functie een organisatie of werking toegelicht. In het praktische deel ga ik hierover mijn bevindingen weergeven. Mijn kritische reflectie over deze onderwerpen komen in dit deel aan bod. Daarlangs probeer ik een aantal aanbevelingen te suggereren.

3.1.1 Functie 1A: activiteiten inzake preventie en promotie van GGZ, vroegdetectie, screening en diagnosestelling (opdracht van de CGG's).

→Suicidepreventieproject

3.1.1.1 Doelstellingen

De doelstellingen worden behaald. Zo worden er jaarlijks tussen de 700 en 1000 personen gevormd binnen Limburg. Ze nemen deel aan overleggen, verspreiden instrumenten voor de opvang van suïcidepogers,

Men zat in 2010 aan een reductie van 8% suicides. Er is nog wat werk aan de winkel om dit met 20% te laten dalen tegen 2020.

Men zou de organisaties er nog meer moeten toe aanzetten om op gebied van suicidepreventie laagdrempelig en toegankelijke hulp te bieden. Een aantal voorbeelden van hoe men dit zou kunnen doen is het bieden van online hulpverlening, psychologische hulp door eerstelijnsdiensten en een degelijk terugbetalingssysteem van psychologische hulp. Deze dingen zijn nog te weinig uitgebouwd en zouden mee kunnen helpen aan het bereiken van de doelstellingen tegen 2020.

Daarnaast is er te weinig verbinding tussen personen binnen onze maatschappij. Doordat onze maatschappij zeer individualistisch is opgesteld gaat er veel steun en opvang verloren. Daarbij zijn er universele preventiecampagnes nodig die vooral inzetten op de verbinding tussen mensen. Hierbij kunnen we stellen dat suicidepreventie een taak is van de maatschappij.

3.1.1.2 Doelgroep

De samenwerking met andere diensten loopt goed en men ziet dat er ook echt ondersteuning nodig is van andere diensten in het omgaan met personen met suïcide gedachten. Er komt heel wat vraag van andere diensten naar de suïcidepreventiewerkers.

3.1.1.3 Maatschappelijk werk

Maatschappelijk werkers hebben hier een specifieke taak op het vlak van netwerking en het in kaart brengen van maatschappelijke pijnpunten, waar anders geen of minder rekening mee gehouden zou worden. De meerwaarde van het maatschappelijk werk ligt bij deze functie vooral in de netwerking en beleidsvormende activiteiten met betrekking tot suïcidepreventie binnen andere organisaties.

Dit soort beleidsondersteunende activiteiten worden op dit moment nog niet genoeg ondernomen. De nadruk ligt vooral op het bevorderen van de deskundigheid van de hulpverleners door vormingen. Het is echter even belangrijk dat er een goed beleid omtrent suïcidepreventie binnen de verschillende hulpverlenende instantie komt.

Daarbij is het belangrijk dat de maatschappelijk werkers een signaalfunctie innemen binnen het ruimere geheel. Hiermee bedoel ik vanuit het werkveld naar de overheden en expertisecentra. De visie van de maatschappij zou moeten veranderen, dit is nochtans een moeilijke opdracht.

Maatschappelijk werkers zouden ook ondersteuning kunnen bieden aan de organisaties omtrent de implementatie van methodieken en aanbevelingen.

3.1.1.4 Belemmeringen

- Er zijn wel eens grensconflicten, waarbij het onduidelijk is welke organisaties binnen welke regio's vallen.
- Er zijn toch wel lacunes in de zorg, door de netwerking zou er een aaneenschakeling moeten zijn van hulpverlening, door de te grote vraag kunnen de organisaties hier echter niet aan beantwoorden.
- We merken regelmatig toch ook wel weerstand tegen verandering door de organisaties.
- Moeilijkheden omwille van financiering en inzet van middelen.

3.1.1.5 Positieve punten binnen het suïcidepreventieproject

- Het vormen van een netwerk
- Het helpen implementeren van een suïcidepreventiebeleid binnen organisaties, waardoor de doelstellingen bereikt kunnen worden.
- Ontstaan van gezamenlijke initiatieven waardoor er meer uniformiteit bestaat.
- Werken aan de deskundigheid van hulpverleners, waardoor de opvang van suïcidepogers beter verloopt.

3.1.1.6 Werkpunten binnen het suïcidepreventieproject

- De methodieken en aanbevelingen die door de suïcidepreventiewerkers worden gegeven zouden meer moeten worden geïntegreerd in de werking van de organisaties. Hierdoor zullen de inspanningen meer effect hebben.
- Men zou er nog meer moeten naar streven om de beleidsmakers aan te sporen te investeren in de preventie omtrent suïcide.
- Men moet proberen de organisaties te laten beantwoorden aan de grote 'vraag' naar hulp. Doordat dit niet kan, slibt de weg naar de hulpverlening toe. Hier zou men moeten proberen iets aan te veranderen.

3.1.2 Functie 1B: activiteiten inzake preventie en promotie van GGZ, vroegdetectie, screening en diagnosestelling (opdracht van de CGG's).

→ Netwerkcoördinator Reling; Tafel van indicatiestelling

Om deze functie uit te werken heb ik een interview afgenomen met de netwerkcoördinator van Reling. We hebben het vooral gehad over de tafel van indicatiestelling. Dit is een overleg waarbij verschillende GGZ-partners aanwezig zijn. Functie 1B bestaat echter uit meer dan alleen de tafel van indicatiestelling. Daarom zit de mogelijkheid erin dat er resultaten en conclusies uit andere luiken worden besproken.

3.1.2.1 Doelstellingen

Het is nog te vroeg om te weten of de doelstellingen al dan niet behaald zullen worden. Ik merk wel dat er alles wordt aan gedaan, zoals het uitbouwen van de functies en het opstarten van andere projecten om dit project te laten werken.

Men zit momenteel in een experimenteerfase waarbij men kan nagaan wat er goed en wat er minder goed loopt. Ik vind dit een belangrijk punt zodat men oog heeft voor zowel de

positieve als de negatieve aspecten. Hier kan men zeker op inspelen. De eerste tekens zijn zeker positief.

3.1.2.2 Doelgroep

Men wil ertoe komen dat men ondanks de multi-complexe problematiek die de cliënten ervaren er toch een duidelijk antwoord kan worden geboden. Om dit te realiseren denk ik dat het noodzakelijk is dat verschillende GGZ-partners samenzitten. Ik vind dat het creëren van een netwerk hierbij onmisbaar is. Waar vroeger de zorg door één partner zou worden opgenomen, wordt dit nu door meerdere opgenomen. Het is de bedoeling dat er een aaneenschakeling van partners komt. Hierdoor werkt men niet meer aan één probleem, maar kan het complexe verhaal worden opgelost.

3.1.2.3 Maatschappelijk werk

Ik vind dat het zeker een meerwaarde zou zijn wanneer er maatschappelijk werkers zouden deelnemen aan dit overleg, omdat zij een grote kennis hebben van de sociale kaart. Zij kunnen de andere hulpverleners leiden in het uitstippelen van een goed behandelplan. Ze kunnen de noden van de cliënt helpen in kaart brengen en vervolgens duidelijk maken welke organisatie of persoon, het beste aan deze noden kan werken.

Het is belangrijk dat er mensen met verschillende achtergronden deelnemen aan dit overleg. Wanneer er mensen met verschillende diploma's samenzitten, kunnen er zeer creatieve oplossingen worden bekomen doordat elk de situatie door een eigen bril bekijkt. Deze creatieve oplossingen zijn nodig om de complexe situaties op te lossen. Men zou kunnen zeggen: 'Hoe meer multidisciplinariteit, hoe meer verscheidenheid aan creatieve oplossingen.'

Ondanks dat er geen MA's deelnemen aan dit overleg, is er toch veel maatschappelijk werk aanwezig. Het gaat om de invulling van de generalistische taken die elke deelnemer zou moeten kunnen uitvoeren. Een voorbeeld hiervan is één van de kerntaken van het maatschappelijk werk, namelijk coördinatie van zorg- en hulpverlening. Deze kerntaak wil zeggen dat men op een vraaggerichte manier de cliënt in zijn geheel moet benaderen. Het is daarbij de bedoeling dat er een zorg op maat wordt gecreëerd, waarbij de zorg die vanuit verschillende diensten komt, op elkaar wordt afgestemd.

Daarbij denk ik dat het integreren van een MA geen overbodige luxe zou zijn. Een MA kijkt vanuit een cliëntgerichte, maatschappelijk ondersteunende bril. Ze kunnen de anderen erop wijzen dat ze rekening moeten houden met de persoon achter de cliënt. Vaak wordt er gefantaseerd over de ideale hulpverlening, maar wordt er geen rekening gehouden met de maatschappelijk aspecten zoals bijvoorbeeld de financiële haalbaarheid. Een MA zou de andere hulpverleners op zo een moment aan hun mouw moeten trekken.

Ik heb hierboven geschreven dat functie 1B niet enkel uit de tafel van indicatiestelling bestaat. Zo is er nog een ander luik dat informatieverstrekking en vorming aan de eerstelijnsdiensten inhoudt. MA's kennen de structuren van de GGZ, kennen ziektebeelden en kennen de cliëntpatronen. Doordat ze een brede kennis hebben, zijn zij perfect geplaatst om anderen in te lichten. Dit zou men nog wat meer mogen gebruiken.

3.1.2.4 Belemmeringen

- Er is een capaciteitstekort, dit zowel in de inkom als in de uitkom. Dit betekent dat de volgende schakels in de keten van hulpverlening met lange wachtlijsten zitten. Hierdoor wordt de hulpverlening niet mooi aan elkaar geschakeld. Er moeten tussenoplossingen gezocht worden. In uitzonderlijke gevallen, moeten de aanwezige diensten een overbrugging maken. Dit zorgt er dan natuurlijk voor dat de wachtlijsten bij die diensten weer langer worden.
- Problemen in de informatiedeling: De organisaties werken met verschillende elektronische systemen die niet op elkaar zijn afgestemd. Dit zorgt voor moeilijkheden in het delen van informatie.
- Ten slotte stel ik mij vragen bij het uitdelen van informatie. Dit is een mooi concept, maar er wordt informatie gedeeld over de cliënten aan elke partner die op het overleg aanwezig is. Ik denk dat men vaak wordt geconfronteerd met ethische kwesties i.v.m. het delen van persoonlijke informatie of niet.

3.1.2.5 Positieve punten binnen functie 1B

- Men heeft een instrument om complexe casussen op te lossen. Dit gebeurt door een gezamenlijke aanpak.
- Men leert heel veel van elkaar doordat men in aanraking komt met verschillende werkingen, aanpakken en visies.

3.1.2.6 Werkpunten binnen functie 1B

- Men komt 2 uur per maand samen. In het begin liep dit goed, maar hoe meer de tijd verstrijkt, hoe moeilijker het wordt om iedereen bij elkaar te brengen. De lust wordt een last.
- Ethische kwesties: Men gaat cliëntsituaties bespreken met partners waar de cliënt eigenlijk geen band mee heeft.

3.1.3 Functie 2A: ambulante intensieve behandelingsteams voor zowel acute als chronische, psychische problemen.

→Het acute crisisteam 2A

Functie 2 wordt ingevuld door de uitbouw van de mobiele teams. Er zijn 2 mobiele team, het acute crisis team en het chronische team. Daarom wordt functie 2 opgedeeld in functie 2A (acute crisisteams) en functie 2B (chronische teams). Hieronder ga ik de resultaten en conclusies voor het mobiele crisisteam weergeven.

3.1.3.1 Doelstellingen

De doelstellingen worden goed behaald, al zijn sommige makkelijker te voltooien dan anderen. Zo is het niet altijd makkelijk om binnen de 16 uur na aanmelding aan huis te gaan. Dit heeft verschillende redenen, cliënten zeggen de afspraak zelf af of er past geen nieuwe afspraak in de agenda's van de hulpverleners omdat ze al hebben afgesproken met andere cliënten.

De mogelijkheid bestaat dat de tijdsduur van vier weken wordt overschreden wanneer er wordt opgemerkt dat de cliënt net iets meer nodig heeft. Dit is echter uitzonderlijk, want het 2A team is er om de crisis op te vangen en een crisis duurt geen vier weken. De verder hulpverlening kan door een andere dienst worden opgenomen.

Doordat de cliënten vier weken intensief worden begeleid door de hulpverleners van 2A, ontstaat er al snel een vertrouwensband. Het is een struikelblok voor de cliënten dat ze na deze 4 weken weer helemaal opnieuw moeten beginnen en in contact komen met nieuwe hulpverleners.

3.1.3.2 Doelgroep

Het valt op dat de meeste van de cliënten van 2A nog een eigen inkomen en werk hebben. Ze zitten wel in een crisis, maar buiten die crisis kunnen ze nog perfect functioneren in de maatschappij. Dit is bij de cliënten van 2B niet het geval. Dit zijn de chronische psychiatrische patiënten. Zij leven vaak van een vervangingsinkomen en hebben een beperkt sociaal netwerk.

De regio's zijn niet zo goed afgebakend. Deze zijn te groot. Er zijn regio's die dichtbij liggen en er niet bij horen, terwijl er dan andere regio's zijn die ver weg liggen en er wel bij horen. Er zijn plaatsen waarbij men 45 minuten onderweg is. Dit is lang wanneer er een cliënt in een crisis wacht op hulp. Dit neemt een grote hap in de tijd die men krijgt. Hierdoor duurt het ook weer langer vooraleer men bij andere cliënten aankomt. Wanneer de regio's beter zouden worden afgebakend, zou men de cliënten beter kunnen groeperen. Hierdoor zou men tijd kunnen besparen die men anders zou moeten investeren in het rond rijden. Er kunnen op deze manier meer cliënten worden geholpen.

3.1.3.3 Maatschappelijk werk

Het maatschappelijk werk is onmisbaar binnen deze functie. Cliënten hebben meestal problemen op verschillende levensdomeinen. Het maatschappelijk werk gaat concreet de problemen aanpakken. Hierdoor wordt de cliënt gerustgesteld. Men merkt dat dit ervoor zorgt dat de cliënt makkelijker kan werken aan zijn psychiatrische problematiek. Hierdoor verloopt de hulp sneller en efficiënter. Men kan stellen dat problemen op maatschappelijk vlak, psychiatrische problemen mee in handen kunnen werken. Deze keten moet zo snel als mogelijk doorbroken worden.

Op sommige momenten wordt er tegen de tijdsperiode aan gebotst. Het is moeilijk om bepaalde maatschappelijke problemen binnen 4 weken opgelost te krijgen. Wanneer er op voorhand geweten is dat een bepaald probleem nooit binnen de 4 weken opgelost geraakt, laat men dit probleem aan de kant liggen. Hierdoor blijft de cliënt met dit probleem zitten. Dit zorgt ervoor dat het voor een MA binnen een 2A team moeilijk is om sommige aspecten los te laten. Ze beginnen met het probleem aan te pakken, maar kunnen dit na de 4 weken niet verder afwerken.

Het maatschappelijk werk is zeker een meerwaarde, want dit houdt rekening met andere aspecten. Het is noodzakelijk dat een MA, de andere hulpverleners wijst op maatschappelijke aspecten die anders over het hoofd zouden worden gezien.

Doordat een MA kennis heeft van de sociale kaart, kan deze snel en efficiënt doorverwijzen. Hierdoor kan men ervoor zorgen dat het probleem niet escaleert en een opname kan worden voorkomen.

3.1.3.4 Instroom, doorstroom en uitstroom

Wanneer cliënten niet aan de vooropgestelde voorwaarden voldoen, kunnen ze niet terecht bij het 2A team. Ze worden doorverwezen naar een andere dienst. Het grootste probleem in deze toeleiding zijn de lange wachtlijsten van de andere diensten.

3.1.3.5 Belemmeringen

- Moeilijk om prioriteiten te stellen met betrekking op maatschappelijk problemen. Men heeft maar vier weken tijd.
- Moeilijk om de cliënten los te laten. Men begint aan het oplossen van een probleem en de MA wil dit dan ook afwerken.
- Te grote regio
- Doordat men werkzaam is binnen een project, kan men niet veel nieuw proberen omdat daar de middelen niet voor zijn.
- Het is een project waarin vele GGZ-partners zijn gestapt. Dit zorgt ervoor dat ze zich niet ten opzichte van één baas, maar ten opzichte van meerdere bazen moeten verantwoorden.

3.1.3.6 Positieve punten binnen de werking van het 2A team

- Men probeert zoveel als mogelijk de verantwoordelijkheid bij de cliënten te leggen. Hierdoor leren ze zelfstandig te functioneren.
- de hulpverlening is minder ingrijpend, men kan bijvoorbeeld nog blijven werken.
- de hulp kan veel discreter worden geboden doordat men aan huis gaat.
- De drempel om naar hulp te zoeken ligt lager, waardoor er sneller hulp wordt gezocht. Dit brengt met zich mee dat het probleem minder snel escaleert.
- Doordat men aan huis gaat, krijgt men een beter zicht op wat de cliënt nodig heeft.

3.1.3.7 Werkpunten binnen de werking van het 2A team

- Nadenken over vernieuwende dingen, waardoor de hulp nog beter kan verlopen.
- Proberen het grote tijdsverlies door de afstand die ze moeten maken op een positieve manier in te vullen.

3.1.4 Functie 2B: ambulante intensieve behandelingsteams voor zowel acute als chronische, psychische problemen.

→Het chronische mobiele team 2B

Binnen functie 2B, zijn de chronische teams aan het werk. De mobiele teams zijn opgericht om het project Reling en daarbij vooral functie 2 werkbaar te maken.

3.1.4.1 Doelstellingen

De doelstellingen worden in grote maten behaald. Men zou alleen nog wat beter mogen communiceren. Ze moeten ervoor zorgen dat het duidelijk wordt dat er 2A en 2B teams bestaan, waardoor een opname kan worden voorkomen of verkort. Het is nog niet altijd even duidelijk dat bepaalde cliënten terecht zouden kunnen bij de mobiele teams, waardoor ze langer in opname blijven dan nodig.

3.1.4.2 Doelgroep

De inclusievoorwaarden zijn heel streng, waardoor het ontstaan van wachtlijsten voorkomen kan worden. Enerzijds vind ik het goed dat deze inclusievoorwaarden streng zijn, want hierdoor kan men intensievere hulp bieden en ervoor zorgen dat de doelstellingen worden behaald. Anderzijds vind ik dat de inclusievoorwaarden niet te streng mogen zijn, zodat er geen cliënten uitvallen en zonder hulp blijven zitten.

De regiovoorwaarden zijn niet goed opgesteld. Er zijn regio's waar twee mobiele teams werkzaam zijn, terwijl er andere regio's zijn waar er geen mobiel team aanwezig is. Dit is onlogisch, waardoor er een aantal mogelijke cliënten uit te boot vallen.

3.1.4.3 Maatschappelijk werk

Doordat er een heel kluwen van hulpverlening bestaat, geraakt de cliënt hier soms niet meer aan uit. Het maatschappelijk werk speelt een perfecte rol in het wegwijs maken van de cliënt binnen dit kluwen. Het is de bedoeling dat men de cliënten begeleidt en dat ze daardoor hun meer op hun gemak gaan voelen.

Maatschappelijk werkers volgen de ontwikkelingen in de maatschappij met betrekking tot de wet- en regelgeving op. Ze volgen ook opleidingen en vormingen. Hierdoor worden zij coaches van hun team met betrekking op deze aspecten.

Een MA valt niet weg te denken binnen dit team. Cliënten hebben een uitval op verschillende levensdomeinen, dit zorgt voor maatschappelijke problemen. Deze maatschappelijke problemen ontwikkelen zich verder, waardoor er psychische problemen kunnen ontstaan. De psychische problemen zorgen er dan weer voor dat er meer problemen op maatschappelijk vlak ontstaan. Het is belangrijk dat deze vicieuze cirkel doorbroken kan worden. Om deze cirkel te doorbreken is het belangrijk dat verschillende disciplines samenwerken.

Een MA moet duidelijk maken aan de andere collega's dat deze cirkel bestaat en dat daardoor rekening moet worden gehouden met de mogelijkheden van de cliënt op maatschappelijk vlak.

Voor een Ma is het moeilijk om van alles op de hoogte te blijven. Daarom zou het handig zijn om wat meer MA's in te zetten binnen deze teams, zodat ze zich elk kunnen specialiseren in een onderwerp. Hierdoor kan men meer diepgang in de hulpverlening brengen.

Het is de bedoeling dat de MA de rol van 'totaalbegeleider' op zich neemt.

3.1.4.4 Instroom, doorstroom en uitstroom

Wanneer de verkorte aanmeldingsprocedure wordt gebruikt, heeft het 2B team meer werk bij de aanmelding. De aanmelding verloopt minder snel doordat het team veel informatie zelf moeten verkrijgen. Dit kan frustrerend voor de cliënt zijn. Zij moeten namelijk hun verhaal helemaal opnieuw doen.

Het team gaat op een doelstellingsgerichte wijze te werk. Hiermee wordt bedoeld dat bij het begin van de hulpverlening, doelstellingen worden opgemaakt. Hierdoor krijgt men een duidelijk zicht over waar de cliënt naar toe wil. Het valt dan al snel te bepalen wat er nodig gaat zijn aan nabehandeling. Dit zorgt ervoor dat de doorstroom en uitstroom efficiënt verlopen.

De wachtlijsten zijn een groot probleem in de doorstroom naar aan andere dienst. Het team probeert de tussenperiode te overbruggen door op een laag frequent niveau de

hulpverlening verder te zetten. Binnen deze tussenperiode gaan ze het tempo van de andere diensten aannemen.

3.1.4.5 Belemmeringen

- Doordat Reling een project in uitbouw is, krijgen de teams weinig mogelijkheden om opnamevoorkomend te werken. Hiermee bedoel ik dat er weinig middelen zijn om nieuwe ideeën uit te proberen. Men zou bijvoorbeeld net zoals in Nederland gebruik kunnen maken van het open skypesysteem. Wanneer er cliënten zijn die dringend hulp nodig hebben, kan men via skype even praten.
- De wachtlijsten zijn een belemmering in de doorstroom naar een andere dienst.

3.1.4.6 Positieve punten binnen de werking van het 2B team

- ik vind het heel positief dat de problemen worden opgelost in de thuissituatie, hierdoor kan men hervat-voorkomend werken. Dit is niet het geval wanneer men in opname gaat, want dan wordt er wel aan de psychiatrische problematiek gewerkt, maar de oorzaken ervan worden niet aangepakt.
- De drempel is heel laag, waardoor er sneller hulp wordt gezocht
- Het is een discrete manier om te werk te gaan

3.1.4.7 Werkpunten binnen de werking van het 2B team

- nadenken over een oplossing voor de regio afbakening en dit terugkoppelen naar het beleid
- Aan de slag gaan met vernieuwende ideeën om opname-voorkomend te werken

3.1.5 Functie 3: rehabilitatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie.

→Buddyproject

3.1.5.1 Doelstellingen

Men moet blijven investeren om de doelstellingen te bereiken. Op deze manier kan functie 3 nog verder worden uitgebouwd.

De buddywerking slaagt er in om hun cliënten sociale contacten leren op te bouwen. Het is nochtans jammer dat vele cliënten lang op de wachtlijst moeten staan, omdat het aantal vrijwilligers niet evenredig is.

Men zou kunnen proberen zich nog beter te profileren binnen het grotere geheel van Reling. Hierdoor doet men aan netwerking en zou men misschien ook nieuwe vrijwilligers kunnen aantrekken.

3.1.5.2 Doelgroep

Binnen de buddywerking wordt er gekozen voor een 1 op 1 contact. Dit zorgt voor een unieke band tussen deelnemer en buddy. Ik vind dat men er goed heeft aan gedaan om voor een 1 op 1 contact te kiezen. Dit geeft de deelnemer het gevoel dat de vrijwilliger speciaal voor hem tijd wil vrij maken. Dit is zeker bevorderlijk voor het creëren van een vertrouwensband. Ik vind het ook goed dat de deelnemer en buddy op regelmatige basis moeten afspreken, want anders zou men de vertrouwensband niet kunnen onderhouden.

Het is belangrijk dat zowel de deelnemers als de buddy's voldoende verbaal kunnen communiceren. Anders is het moeilijk om samen deel te nemen aan activiteiten.

Men moet steeds rekening houden met de specifieke situatie, daarbij kan het helpen dat er veel criteria zijn, dit kan echter ook voor belemmeringen zorgen. Het is niet altijd even makkelijk om de juiste afweging te maken en daardoor krijgen de medewerkers wel eens te maken met een ethisch dilemma. Gelukkig leer je als MA wel hoe je hier mee moet omgaan.

Er worden cliënten met bepaalde problematieken geweigerd, zoals personen met autisme, terwijl deze mensen wel nood kunnen hebben aan een buddy. Het is echter geweten dat er veel mensen met autisme zich zouden aanmelden. Om deze reden sluiten ze de deur voor bepaalde cliënten. Ik vind dit wel begrijpelijk omdat de andere cliënten zouden uitvallen wanneer men geen strikte regels zou invoeren. Het is echter niet goed dat daardoor anderen uit de boot vallen. Ik denk dat men meer vrijwilligers moet aansporen, waardoor er meer deelnemers bereikt worden.

3.1.5.3 Maatschappelijk werk

Het zijn vooral MA's die instaan om het buddyproject te realiseren. Ik vind het echt wel materie voor een MA. Je moet een goed inzicht hebben over de domeinen die er allemaal meespelen in het leven van een persoon. Je hebt deze kennis en inzichten nodig om een goed matching tussen deelnemer en buddy te realiseren. Daarbuiten is het belangrijk dat je kan organiseren. Een MA is hiervoor geschikt omdat dit in de opleiding zeker naar boven komt.

Een MA heeft een grote kennis over de maatschappelijke aspecten. Zij hebben weet van de vicieuze cirkel waar cliënten met hun maatschappelijk- en psychische problemen in terecht kunnen komen. Dit inzicht is noodzakelijk om het sociale isolement te kunnen doorbreken.

Nochtans missen MA's de omkadering die nodig is om om te gaan met mensen met een psychiatrische stoornis. Daarom is het belangrijk dat ze zich eerst verdiepen, bijscholen en ervaring opdoen.

Het is belangrijk dat het buddyproject meer vrijwilligers kan aantrekken. Dit kan door bekendmakingscampagnes. MA's zijn de geschikte personen om de werking bekend te maken.

Men merkt dat de buddy's meestal niet komen opdagen op de bijeenkomsten en vormingen. Maar 1/3 van de buddy's komen opdagen. Dit vormt een belemmering in het uitvoeren van het maatschappelijk werk. Meestal wordt er om de 6 maanden een evaluatie gesprek gepland met de deelnemer en de buddy. Dit is echter vrij weinig. De buddymedewerker gebruikt de bijeenkomsten en vormingen om nog eens na te gaan hoe de activiteiten met de buddy en deelnemer verlopen. Deze controle valt weg wanneer de vrijwilligers niet naar de bijeenkomsten komen.

3.1.5.4 Instroom, doorstroom en uitstroom

Het is belangrijk dat men bekendmakingscampagnes gaat voeren. Op deze manier kan men de vrijwilligers bereiken. Daarbuiten is het noodzakelijk dat ze zich binnen het grote geheel van Reling en het GGZ-Netwerk gaan profileren. Zo vinden de cliënten hun weg naar de buddywerking.

Het hulpverleningstraject kan op verschillende manieren eindigen. Bij sommige duo's, blijven de rollen 'buddy/deelnemer' strikt gescheiden. Bij andere vervagen deze lijnen en ontstaat er een positie van gelijken. Men merkt dat dit vaak uitgroeit in vriendschappen. Er zijn duo's die na een tijd niet meer onder de buddywerking willen vallen, maar op zich zelf verder willen bouwen aan hun vriendschap.

De mogelijkheid bestaat erin dat de buddy en deelnemer niet goed met elkaar kunnen opschieten en het zou onlogisch zijn om hen te verplichten toch activiteiten samen te ondernemen.

Wanneer de deelnemer vragen of problemen over andere levensdomeinen heeft, worden zij in 90 % van de situaties door gestuurd naar andere organisaties. De buddymedewerker kan hen wel even verder helpen, maar in principe moeten deze taken gescheiden blijven. Anders zou men de buddymedewerker te veel als een ander soort hulpverlener beschouwen. Ik vind het daarom wel goed dat deze afbakening bestaat.

3.1.5.5 Belemmeringen

- Vrijwilligers die niet komen opdagen op de bijeenkomsten, waardoor de opvolging van de duo's moeilijker verloopt.
- Het aantal deelnemers is niet evenredig met het aantal vrijwilligers. Hierdoor blijven er een aantal deelnemers in hun sociaal isolement zitten.
- Beperkte tijd en budget waar men rekening mee moet houden
- De wachtlijsten van andere diensten, waardoor er moeilijkheden in de doorstroom ervaren worden

3.1.5.6 Positieve punten binnen het buddyproject

- Door het buddyproject worden de deelnemers uit hun sociaal isolement gehaald
- De deelnemers leren hoe ze sociale contacten moeten opbouwen
- De buddy's hebben een signaleringsfunctie. Hiermee kunnen ze zowel problemen als positieve punten van de deelnemer terug koppelen naar de buddymedewerker.
- Het buddyproject helpt functie 3 verder uitbouwen.

3.1.5.7 Werkpunten binnen het buddyproject

- De werking bekend maken, waardoor men meer deelnemers en vrijwilligers kan aantrekken
- De vrijwilligers motiveren om deel te nemen aan de bijeenkomsten
- De wachtlijst deelnemers wegwerken.
- Functie 3 verder uitwerken

3.1.6 Functie 4: intensieve residentiële behandelunits voor zowel acute als chronische psychische problemen wanneer een opname noodzakelijk is.

→Psychiatrisch ziekenhuis Asster (campus stad)

3.1.6.1 Doelstellingen

Sommige doelstellingen worden beter behaald dan anderen. Door de netwerking en de deelname aan de tafel van indicatiestelling is de samenwerking veel intensiever geworden. Dit is een positief punt, want hierdoor wordt er veel meer gedacht aan de mobiele teams om de zorg op te nemen. Deze cliënten komen niet terecht in opname door het ontstaan van de mobiele teams. Het aantal opnames vermindert. Door de intensieve samenwerking komen er echter cliënten die in een complexe situatie verkeren terecht in opname. Het concept van minder opnames wordt in de praktijk nog niet helemaal bereikt, ondanks het feit dat hier wel een sterke evolutie in te zien is, maar men moet hier blijven aan werken. De opnames die er zijn, zijn wel van kortere duur.

Door de wachtlijsten van de andere diensten kan één van de voornaamste doelstellingen, namelijk het garanderen van de zorgcontinuïteit niet volledig behaald worden.

Om deze doelstelling te kunnen behalen zou men meer kunnen investeren in de uitbouw van de ambulante dienstverlening. Hierdoor zou men de wachtlijsten kunnen tegengaan. Hier zit echter ook een nadeel in, want Asster heeft 60 bedden afgebouwd waarvan de middelen geïnvesteerd zijn in de mobiele teams. Bedden afbouwen gaat sneller, dan het uitbouwen van ambulante dienstverlening waardoor de druk op Asster gaat verhogen tijdens de tussenperiode.

3.1.6.2 Doelgroep

Er worden niet snel cliënten geweigerd. Men vertrouwt op de expertise van de verwijzende instanties, wanneer men dan toch merkt dat de cliënt niet op zijn plaats is binnen Asster, gaat men doorverwijzen naar de juiste organisatie.

De complexe situaties worden meestal op de tafel van indicatiestelling besproken, hierbij kan men al duidelijk aangeven of de cliënt op zijn plaats zou zijn bij Asster of niet. De cliënten die worden aangemeld worden met andere woorden niet zo snel geweigerd.

3.1.6.3 Maatschappelijk werk

De MA's werkzaam binnen Asster hebben een zeer uitgebreid takenpakket. Ze moeten van alles wat afweten en dat zorgt voor druk op het maatschappelijk werk. Men rekent op de MA als kenner van de wetgeving, maar ook op het gebied van de persoon achter de cliënt.

Het maatschappelijk werk heeft zeker een meerwaarde binnen deze functie. Ten eerste is een MA een generalist. Zij bekijken de mensen in zijn totaliteit. Het valt op dat de mensen die bij Asster in begeleiding komen heel vaak een uitval op verschillende levensdomeinen hebben. Deze levensdomeinen hebben allemaal invloed op mekaar. Hier moet je als MA oog voor hebben. Een MA kan hier zeker mee aan de slag. Het is dan ook de taak van de MA om de andere collega's binnen het interdisciplinair team daaraan te laten denken. Een MA kan door zijn opleiding, ervaringen of het volgen van een vorming zijn expertise inbrengen in het team en ook de anderen voor een stuk mee vormen. Een MA kan werken aan de competenties en vaardigheden die de persoon nodig heeft om terug in de maatschappij te kunnen integreren. De MA kan ook aan de slag met familie, hij heeft een brugfunctie tussen het netwerk.

Het zou makkelijker zijn om al deze taken uit te voeren wanneer de MA's meer tijd en ruimte zouden krijgen om deze uit te voeren. Dit zou kunnen door bijvoorbeeld het aanwerven van een aantal extra werkkrachten.

3.1.6.4 Instroom, doorstroom en uitstroom

Asster heeft 60 bedden afgebouwd, waarvan de middelen zijn geïnvesteerd in de uitbouw van de mobiele teams. Doordat deze middelen zijn weggevallen en het aantal opnames niet drastisch is gedaald, zorgt dit voor extra druk.

Waar de hulpverleners van Asster zich vroeger konden permitteren om cliënten wat langer te laten blijven, kan dat vandaag de dag niet meer. Door de grote wachtlijsten kunnen de cliënten niet meteen bij een andere dienst terecht, terwijl ze ook niet langer in Asster kunnen verblijven omdat zij de middelen er niet meer voor hebben.

3.1.6.5 Belemmeringen

- Ik vind dat je binnen de opleiding weinig voorkennis opbouwt met betrekking tot de psychopathologie en het omgaan met psychiatrische patiënten. Deze kennis moet

worden opgebouwd door het opdoen van ervaringen. Ik vind dat je hier zeker als beginnend MA tegenop botst.

- Doordat ze met een doelgroep werken waarvan de uitval op verschillende levensdomeinen vaak heel groot is, moet je van alles wat kennen. Dit maakt het soms moeilijk en heel erg tijdsintensief om over alle domeinen op de hoogte te blijven.
- Door de afbouw van bedden, en het aantal opnames dat niet evenredig daalt, heerst er een zeer grote druk op de MA's. Ze gaan de cliënten niet meer zo intensief en lang kunnen begeleiden door te weinig middelen. Hierdoor komt de zorgcontinuïteit in gedrang.

3.1.6.6 Positieve punten binnen de werking van Asster

- Men kan ervoor zorgen dat opname niet meer noodzakelijk is.
- Door de uitbouw van een crisisbed en een bed op recept, is de opname duur van zeer korte duur.
- De cliënten worden intensief begeleid en er wordt gewerkt aan heel veel verschillende domeinen.
- Asster investeert in de uitbouw van de ambulante dienstverlening.

3.1.6.7 Werkpunten binnen de werking van Asster

- De druk is enorm gestegen doordat men minder middelen heeft om te gebruiken. Hierdoor is de hulp minder lang en intensief.
- De wachtlijsten zouden moeten worden weg gewerkt, waardoor de doorstroom beter verloopt.
- In het begin van de opname is het de taak van de MA om de cliënten zeer intensief op te volgen en de probleemoplossing uit handen van de cliënt te nemen. Je gaat de eerste probleemverkenning uitvoeren en zoveel mogelijk proberen te helpen. Naarmate de begeleiding vordert gaat de cliënt zelf steeds meer op zijn verantwoordelijkheid worden aangesproken. Op het einde van de begeleiding moet de cliënt zelf aanspraak maken op de MA wanneer dit nodig is. Soms is het moeilijk om de cliënten los te laten. In het begin gaan de MA's zeer intensief met hen aan de slag terwijl ze nadien minder en minder mogen interveniëren.

3.1.7 Functie 5: specifieke woonvormen waarin zorg kan worden aangeboden indien het thuismilieu of het vervangend thuismilieu hiertoe niet instaat is (wijziging regelgeving PVT en Beschut wonen).

→ Beschut wonen: vzw Bewust

Binnen deze functie horen de PVT's en de beschutte woonplaatsen. Dit zijn specifieke woonvormen voor personen met een psychiatrische stoornis. Ik heb ervoor gekozen om vzw Bewust uit te werken.

3.1.7.1 Doelstellingen

De doelstellingen worden niet allemaal even goed behaald.

PZ Asster heeft twee afdelingen voor langdurig psychiatrische patiënten gesloten. Vroeger werden de cliënten op dit langverblijf getraind. De basisvaardigheden die men nodig heeft om te kunnen integreren in de maatschappij werden er aangeleerd. Dit kan nu niet meer, waardoor er veel druk komt te liggen op de beschutte woonplaatsen. Zij moeten vaak van nul af aan beginnen en de cliënten deze basisvaardigheden aanleren. Hierdoor duurt het langer vooraleer deze personen terug helemaal zelfstandig kunnen verder groeien.

Men slaagt er zeker wel in om opname verkortend te werken. Het idee van beschutte werkplaatsen is ontstaan vanuit een maatschappelijk assistent die tewerkgesteld was in een PZ. Deze zag dat de cliënten vaak te lang werden opgenomen.

Om deze doelstellingen te behalen zou men nog meer moeten streven naar uniformiteit. Binnen het netwerk zou men dezelfde zienswijze moeten hebben.

3.1.7.2 Doelgroep

De voorwaarden waaraan de cliënten moeten voldoen zijn niet streng, waardoor heel wat cliënten worden opgenomen door Bewust. Nochtans is de voorwaarde motivatie belangrijk. De cliënten moeten laten zien dat ze gemotiveerd zijn. Ze moeten zich aan de opgestelde regels kunnen houden, anders kan Bewust een opzeg doen. Concreet wil dit zeggen dat je als cliënt moet willen, moet kunnen en het veilig moet zijn.

3.1.7.3 Maatschappelijk werk

De moeilijkheid bestaat erin dat de maatschappelijk werker over heel veel terreinen kennis moet hebben, daarbij komt dat ze binnen hun opleiding niet altijd genoeg kennis opdoen over hoe men met deze doelgroep aan de slag moet gaan.

Door deze brede insteek, komen de maatschappelijk werkers met veel verschillende personen en instanties in contact. Ze zijn de brugfiguren. Het is dan moeilijk voor de maatschappelijk werkers om te accepteren dat niet iedereen handelt vanuit het welzijn van de cliënt, terwijl MA's dit net wel doen. Hierdoor loopt de samenwerking met andere instanties wel eens stroef.

De meerwaarde die de maatschappelijk werkers hebben binnen deze functie is dat ze voor hun cliënten kunnen opkomen.

Ma's hebben veel kennis omtrent gespreksvoering en organiseren. Dit is nodig wanneer je groepsgesprekken gaat houden.

Ze zijn multi-inzetbaar doordat ze kennis hebben over de verschillende levensdomeinen. Daarbij hebben ze een flexibele gedachtegang.

Om deze taken te kunnen uitvoeren moet je goed kunnen communiceren naar de cliënten, het cliëntsysteem, de GGZ-partners en het ruimere netwerk. Dit is iets dat een MA zeker kan. Ten slotte is het belangrijk dat je jezelf in vraag kunt stellen. De hulpverlening is constant in evolutie, waardoor de hulpverleners moeten kunnen reflecteren wat hun eigen bijdrage is. Dit leren MA's binnen hun opleiding, maar vooral in de praktijk.

3.1.7.4 Instroom, doorstroom en uitstroom

Bewust kan worden aangesproken door een organisatie, maar ook op eigen initiatief van de cliënt.

Meestal worden de cliënten doorgestuurd vanuit een psychiatrisch ziekenhuis na een opname. Hierbij kan Bewust de doelstelling van opname verkortend werken realiseren.

Deze doorstroom loopt goed. Bewust zit zelf wel met een wachtlijst, waardoor de cliënten niet meteen over een woning kunnen beschikken. Daarbij komt dat cliënten steeds meer 'à la minute' geholpen willen worden. Dit is niet altijd mogelijk.

Er staat geen maximumduur op het hulpverleningstraject. Er kan echter vanaf het begin van de hulpverlening vaak een onderscheid gemaakt worden tussen 'doorstromers' en 'old long stays'. Nochtans blijft Bewust streven naar verzelfstandiging, integratie en doorstroom.

3.1.7.5 Belemmeringen

- Je moet kennis hebben over heel veel terreinen.
- Binnen de opleiding krijg je niet altijd mee hoe je met deze doelgroep aan de slag moet.
- Men zou nog meer moeten kunnen 'schakelen in de zorg'
- Ze kunnen niet meer zo snel terugvallen op Asster in een crisissituatie.
- Het is soms moeilijk om met andere instanties samen te werken wanneer deze niet het beste met de cliënten voor hebben.
- Een eerder praktische belemmering is de prijzen op de huizenmarkt. Zij huren huizen op de markt, de prijzen zijn echter erg hoog. Deze prijs wordt verrekend aan de cliënt. Hierdoor zijn er veel cliënten die uitvallen omdat ze dat niet kunnen betalen.

3.1.7.6 Positieve punten binnen de werking van Bewust

- De cliënten staan er niet alleen voor en worden op verschillende gebieden geholpen.
- Men woont zelfstandig, waardoor de integratie in de maatschappij wordt bevorderd.
- Men kan opname verkortend werken.

3.1.7.7 Werkpunten binnen de werking van Bewust

- Werken aan de wachtlijsten
- Meer respijtwohnungen ter beschikking stellen
- Meer verscheidenheid aan hulpverleners

3.2 Concreet: Het project Reling

3.2.1 Positieve elementen

- Men gaat op een zeer doelmatige manier te werk.
- Door het hanteren van een breed consensusmodel, wordt er succes gerealiseerd.
- De kennis omtrent andere organisaties groeit. Ze leren mekaar kennen en respecteren.
- Er worden concrete acties doorgevoerd, zoals de mobiele teams.
- Het is heel drempelverlagend, hierdoor wordt er sneller hulp gezocht en escaleert het probleem niet meer zo snel.
- De werking is veel discreter.
- Opname kan traumatisch zijn en zorgen voor problemen om opnieuw te integreren in de maatschappij. Dit kan voorkomen worden door Reling. De hulp is minder ingrijpend.
- Men kan blijven functioneren in de maatschappij, waardoor men minder uitval krijgt op levensdomeinen zoals sociale contacten, werk, ...
- Doordat de mobiele teams aan huis gaan, krijgt men een beter zicht op de problematiek. Hierdoor kan men de oorzaken van de problemen aanpakken. Dit zorgt er op zijn beurt voor dat men hervat-voorkomend kan te werk gaan.

3.2.2 Knelpunten/werkpunten

- Men zou moeten blijven zoeken naar een manier om de stem van de cliënt te laten horen in het beleid.
- Men heeft nog een hele weg te gaan rond het herstelgeoriënteerd werken van de organisatie binnen Reling. Men moet met andere woorden stoppen met zich blind staren op de probleem – oplossing. Men moet leren rekening houden dat er daartussen een functionerend persoon zit. Men moet zich meer focussen op het herstel van het functioneren.
- Het overleggen en doelmatig werken is enorm tijdrovend. Deze extra investering van de hulpverleners is niet extra vergoed, waardoor hun motivatie verdwijnt. Dit vreet voor een stuk aan het garanderen van goede zorg.
- De regio's zouden anders moeten worden afgebakend.
- Meer vernieuwend werken.
- De doorstroom van cliënten tussen de organisaties van de verschillende functies verloopt niet altijd gemakkelijk. Men wordt geconfronteerd met het feit dat men

elkaar nog niet goed genoeg kent of dat men niet goed weet waar de cliënt thuis hoort.

- De lange wachtlijsten zorgen voor grote problemen in de aaneenschakeling van de hulpverlening. Hierdoor komt de zorgcontinuïteit in het gedrang.

3.3.3 Aanbevelingen

- Men zou op zoek kunnen gaan naar een patiëntenvereniging om de stem van de cliënt/patiënt te laten horen in het beleid. Het maatschappelijk werk kan hierin zeker een rol op zich nemen. De MA's moeten proberen de stem van de cliënt te vertalen naar de GGZ-partners en beleidsmakers.
- Men zou meer middelen moeten investeren in de uitbouw van ambulante voorzieningen waardoor de wachtlijsten kunnen worden weggewerkt.
- Men zou de regio's op een andere manier moeten afbakenen. Dit zou een voordeel zijn voor de 2A en de 2B teams. Er zou minder tijd verloren gaan en er zouden minder cliënt afvallen doordat ze niet binnen de juiste regio vallen.
- Meer vernieuwend werken zodat men de cliënten nog beter kunnen helpen. Zoals bijvoorbeeld het open-skypesysteem.
- Er moet nog meer uniformiteit komen in de zienswijzen van de GGZ-partners waardoor ze beter op elkaar worden afgestemd.
- Men zou nog meer moeten werken aan het vormen van een netwerk. Men moet ervoor zorgen dat de GGZ-partners elkaar goed genoeg kennen om met elkaar te kunnen samenwerken. Dit kan door nog meer bekendmakingscampagnes.

Hoofdstuk 4: kritische kijk

4.1 Kritische visie op de problematiek

Doorheen de jaren zijn er heel wat veranderingen binnen de GGZ doorgevoerd. Dit was noodzakelijk omdat het aanbod van de GGZ niet was afgestemd op de vraag die er vanuit de psychiatrische patiënten kwam. Hierdoor vielen er heel wat patiënten/cliënten door de mazen van het net. Zij kregen geen gepaste hulp, omdat er geen hulp op maat werd geboden.

Een opname in een ziekenhuis kan erg traumatisch zijn. Daarbij komt dat er niet genoeg mogelijkheden waren om de cliënten na de opname opnieuw te helpen met het integreren in de maatschappij. Hierdoor bestond de mogelijkheid erin dat de cliënten sneller zouden hervallen.

Eenmaal de cliënten een stempel van psychiatrische patiënt kregen op gekleefd, was het moeilijk om daarvan af te komen. Daarbij komt de stereotypering door de maatschappij over psychiatrische patiënten. Het is moeilijk om van deze stempel af te geraken. De maatschappij is zeer individualistisch geworden. Er valt een grote steun voor de psychiatrische patiënten weg. Ook dit kan herval mee in de hand werken.

De maatschappij is op een manier georganiseerd waardoor steeds meer mensen nood hebben aan psychiatrische begeleiding. De maatschappij heeft dit echter niet door en houdt deze stereotypering aan de gang. Doordat men deze specifieke denkwijze over de psychiatrische patiënten gaat behouden, worden er maar weinig middelen geïnvesteerd in de zorg voor deze patiënten. Het is dus moeilijk om de GGZ op een fatsoenlijke manier te organiseren.

Ik vind het zeker belangrijk dat er een aantal projecten en werkingen zijn ontstaan die de cliënten helpen te integreren in de maatschappij. Deze personen verliezen of missen sociale contacten, verliezen hun werk en hun vrij tijdsbesteding. Het zijn net deze aspecten die de persoon sterker maken en de kans op herval verkleinen. Daarom vind ik het noodzakelijk dat de cliënten hiermee worden geholpen.

Om deze reden vind ik het concept de vermaatschappelijking van de zorg erg nuttig.

Het is noodzakelijk dat er een netwerk rondom de patiënten wordt gevormd. Zoals ik hierboven al heb gezegd, valt er een grote steun vanuit de maatschappij weg. Deze steun moet vanuit de GGZ worden geboden. Waar de cliënten vroeger van her op der werden gesteuurd en hun ideeën met betrekking de hulpverlening alleen maar werden beaamd, is dit nu anders. Door het vormen van een netwerk leren de GGZ partners zich beter op elkaar af te stemmen en in te spelen.

Het is belangrijk dat de GGZ zo werd ingericht dat de interne verwijzing drastisch zou verbeteren.

Hierbij vind ik het ontstaan van de tafel van indicatiestelling een goed initiatief. Daarbij worden de cliënten niet meer van het kastje naar de muur gestuurd, maar kan men een degelijk behandelplan in overeenstemming met de verschillende GGZ partners bekomen. De tafel van indicatiestelling is er voor complexe situaties.

Tijdens de opstart van het project werd het idee van het uitbouwen van een loketfunctie in acht gehouden. Hierbij zou elke cliënt worden aangemeld. Binnen de loketfunctie zou er een overleg worden uitgebouwd waarbij elke GGZ-partner wordt vertegenwoordigd. Op deze manier zou voor elke cliënt een aangepast geïndividualiseerd traject worden uitgestippeld. Dit zou meer kans op slagen hebben doordat elke GGZ partner op de hoogte is van de specifieke situatie. Er zou op voorhand kunnen worden aangegeven wat de mogelijkheden tot zorg zijn. Nochtans is deze loketfunctie niet ingeburgerd. Ik zou het een goed idee vinden dat men zou bekijken waarom deze er niet is gekomen en hoe men het toch werkbaar zou kunnen maken. Ik vind dat een loketfunctie een meerwaarde zou kunnen bieden.

Dit zou een mooi gegeven zijn, maar ik denk dat dit voorlopig niet haalbaar zou zijn. Om dit te kunnen realiseren zou men heel wat extra werkkrachten en middelen nodig hebben, die de overheid jammer genoeg niet investeert.

Het is noodzakelijk om een aaneenschakeling van zorg- en dienstverlening te organiseren. Hierdoor kan de cliënt erop rekenen dat hij altijd wel ergens terecht kan met zijn probleem. Het is een middel om een complexe problematiek toch te kunnen oplossen.

4.2 Beeld op het maatschappelijk werk

Op het eerste zicht wordt er niet gedacht aan maatschappelijk werkers wanneer men denkt aan de psychiatrie. Ik merk dit ook aan de cliënten die ik op zelfstandige basis heb begeleid tijdens mijn stage. Ze weten wel dat er psychologen en psychiaters aanwezig zijn binnen een CGG, maar weten minder over wat een MA doet.

Nochtans spelen MA's een belangrijke rol binnen de psychiatrie. Maatschappelijke problemen en psychische problemen hebben een invloed op mekaar. De cliënten komen vaak terecht in een vicieuze cirkel van problemen en moeilijkheden die op mekaar inspelen. Die cirkel moet men doorbreken.

Het valt op dat de organisaties of diensten die ik geïnterviewd heb, bijna allemaal in een multidisciplinair team werken. Ik ben van mening dat dit noodzakelijk is om deze cirkel te kunnen doorbreken. De verschillende disciplines kijken allemaal met een andere bril naar een problematiek. Hierdoor worden er creatieve oplossingen bekomen, waar er anders eenzijdige en vaak niet aangepaste oplossingen werden bekomen.

Daarbij vind ik dat het maatschappelijk werk zeker een meerwaarde kan vormen in de doorstroom van de cliënten. Doordat de maatschappelijk werkers een grote kennis van de sociale kaart hebben, kunnen zij het traject van de cliënten helpen uitstippelen. Alhoewel men als beginnend MA het wel moeilijk zou kunnen krijgen met het omgaan met deze doelgroep. Ze zouden ook wel eens kunnen opbotsen tegen hun beperkte kennis omtrent de GGZ. Ik vind het daarom belangrijk dat beginnende MA's zich verder gaan verdiepen en ervaring op doen.

De MA's hebben een mooie rol als coaches van zowel de cliënten als de andere hulpverleners op zich kunnen nemen.

Ten slotte is een MA de perfecte persoon die de cliënt in zijn totaliteit bekijkt. Ze gaan ook rekening houden met de omgeving van de cliënten. Ze kunnen deze inzichten bieden aan de hulpverleners van een andere discipline.

4.3 Actuele tendensen

Er zijn dus heel wat veranderingen binnen de structuren van de GGZ gebeurd. Het project Reling is een project dat ervoor wil zorgen dat de zorg en hulp op alle gebieden beter wordt afgestemd op de cliënt.

Voor een deel kan het project zijn doelstellingen bereiken. Er zijn minder opnames waardoor de cliënten in hun thuissituaties worden geholpen. Dit is laagdrempeliger en discreter waardoor mensen sneller hulp zoeken. Daarbij komt het dat de mensen sneller en efficiënter worden geholpen door het vormen van een netwerk rondom de cliënten.

Nochtans spelen de wachtlijsten een grote rol. Hierdoor verloopt de instroom, doorstroom en uitstroom niet altijd even vlot. De motivatie van de cliënten krijgen dan een deuk en er vallen toch nog wel een aantal personen zonder hulp.

Doordat Reling een project is, moeten ze het stellen met de middelen die ze krijgen. Dit zijn er niet genoeg om vernieuwende ideeën na te streven. Hierdoor kan men niet volledig opnamevoorkomend werken.

Doordat er heel wat middelen uit andere organisatie geïnvesteerd zijn in het project, is er de kans dat de druk hoger wordt binnen deze organisaties omdat ze het moeten doen met minder middelen, terwijl het project dit nog niet kan opvangen omdat het in uitbouw is. Hierdoor is er kans dat de cliënten minder lang of intensief worden opgevolgd.

4.4 Beperkingen van het onderzoek/Hiaten in het eindwerk

Ik heb het gevoel dat ik nog veel dieper op het onderzoek zou kunnen hebben ingegaan wanneer ik meer tijd had gekregen. Doordat ik stage liep terwijl ik een onderzoek moest voeren en hier een eindwerk moest over schrijven, heb ik niet altijd genoeg tijd kunnen investeren in het opzoeken van informatie of het interviewen van personen.

Elke gesprek duurde ongeveer twee uur. Dit is niet heel veel om alle dingen te bevragen die ik zou willen en kunnen bevragen. Natuurlijk moet ik ook rekening houden met de tijd die deze personen konden vrij maken. Om deze reden vind ik dat ik zeker nog niet alles met betrekking dit project en de functies in dit eindwerk heb toegelicht.

Per functie heb ik één persoon kunnen interviewen. Ik heb spijtig genoeg niet meer personen kunnen interviewen. Dit zorgt ervoor dat ik mijn resultaten en conclusies baseer op de mening van één persoon. Hierdoor kan het zijn dat mijn onderzoek niet altijd even representatief is voor elke hulpverlener binnen de werking.

Daarbij komt dat ik voor hoofdstuk 3 een aantal pagina's meer dan de opgelegde hoeveelheid heb geschreven. Ik heb dit gedaan omdat ik ervoor wil zorgen dat ik over elke functie evenveel informatie geef. Ik zou deze informatie hebben kunnen inkorten, maar ik vind dat er dan essentiële informatie verloren zou gaan.

4.5 Reflectie over wenselijk verder onderzoek/verbetertips

Ik denk dat het goed zou zijn wanneer de mening van meerdere organisatie die meehelpt aan de uitbouw van de functies zou worden bevestigd. Op deze manier zou het onderzoek meer representatief zijn. Dit zou er ook voor zorgen dat elke organisatie een duidelijk beeld krijgt van wat men van het project denkt. Hier kunnen zowel positieve- als werkpunten uitkomen. Het zijn deze werkpunten waar men mee verder moet werken.

Daarbij zou ik het goed vinden dat er meer achter de mening op beleidsmatig niveau zou worden gepolst.

Ten slotte zou men de cliënten kunnen vragen naar hun beleving en ervaringen met het project. Dit vind ik een heel belangrijk aspect om te weten te komen.

4.6 Gefundeerde persoonlijke mening

Ik ben van mening dat dit project een grote meerwaarde kan betekenen voor de verder uitbouw van de GGZ. Het is belangrijk dat men verder blijft werken aan het vormen van een netwerk. Hierdoor kunnen cliënten worden opgevangen en kan men de zorgcontinuïteit waarborgen. Men kan ervoor zorgen dat de cliënten minder moeilijkheden ervaren om terug te integreren in de maatschappij. Nochtans zijn er een aantal werkpunten die men moet bijstaven om de doelstellingen te kunnen bereiken.

Ik denk dat mijn onderzoek en dit eindwerk een meerwaarde kunnen hebben in het helpen om de positieve punten en werkpunten in kaart te brengen. Ik denk dat het kan helpen om de verschillende organisaties een beter zicht te geven over de struikelblokken die ze ondervinden in de werkingen van hun eigen organisatie, maar ook in de werking van de andere organisaties. Het zou ervoor kunnen zorgen dat ze een beter zicht krijgen op deze struikelblokken. Men zou kunnen samenwerken in de vorm van een netwerk om aan deze problemen te werken.

Algemeen besluit

Binnen dit eindwerk heb ik de rol van mijn stageplaats binnen het project Reling proberen duidelijk te maken.

Ik heb geprobeerd om duidelijk weer te geven waarvoor Reling staat en welke organisaties allemaal mee helpen om de kernfunctie helpen uit te bouwen.

Daarbij vond ik het belangrijk om na te gaan hoe het project werkt en hoe het verloopt. Omdat ik een opleiding tot maatschappelijk werkster volg, vond ik het belangrijk om de rol van het maatschappelijk werk binnen Reling te duiden.

Ik vind het een goed project dat ervoor wil zorgen dat psychiatrische patiënten de meest aangepaste hulp kunnen krijgen. Er is al heel wat evolutie in de structuur van de GGZ op te merken. Wil men ervoor zorgen dat de doelstelling bereikt worden, zal men moeten streven naar een steeds blijvende evolutie.

Ik merk dat ze proberen in te spelen op de ontwikkelingen van de maatschappij. Het is dan ook belangrijk om daar oog voor te hebben. Het zijn namelijk de cliënten die uit deze maatschappij komen en nadien ook weer terug moeten integreren in de maatschappij.

Het project realiseert heel wat positieve punten, waardoor de drempel om naar hulp te vragen sterk verkleind wordt.

Daarbuiten zijn er heel wat belemmeringen die ervoor zorgen dat de werking van de diensten niet altijd even vlot kan verlopen.

Vervolgens zijn er een aantal werkpunten waaraan men moet werken.

Ik denk dat dit project verder kan uitgroeien tot een goede ondersteunde werking dat ervoor zorgt dat de cliënten een hulp op maat verkrijgen. Het kan ervoor zorgen dat het leven van de cliënten er beter zal uitzien, waardoor de cliënten optimistischer worden en de kans op herval zal verkleinen.

Ten slotte hoop ik dat de visie van de maatschappij op psychiatrie en de psychiatrische patiënten hierdoor ten minste een klein beetje zal veranderen.

Bibliografie

Geschreven bronnen

- DAGG. (z.d.). *ons aanbod*. geraadpleegd op 20 oktober 2013, van <http://www.dagg-cgg.be/cms/werking>

- HET LAATSTE NIEUWS. (2008, 28 april). *psychiatrie luidt noodklok over chronische patiënten*. geraadpleegd op 22 november 2013, van <http://www.hln.be/hln/nl/37/Psycho/article/detail/249952/2008/04/21/Psychiatrie-luidt-noodklok-over-chronische-patienten.dhtml>

- KOCK. (z.d.). *Effectiever toeleiden en doorverwijzen van cliënten*, gedownload op (20 november 2013) van <http://kock.nl/ervaring/projecten/toeleiden-en-doorverwijzen-clienten>

- LOWET, K. (2013, 12 september). *Naar een getrapte geestelijke gezondheidszorg*. geraadpleegd op 22 november 2013, van <http://www.knack.be/nieuws/gezondheid/naar-een-getrapte-geestelijke-gezondheidszorg/article-opinion-105879.html>

- Brochure Noolim
NOOLIM. (z.d). *consultaties Oost-Limburg*. gedownload op 20 november 2013, van http://noolim.net/onewebmedia/folder_Noolim_versie_december%202013.pdf

- Gids: naar een betere geestelijke gezondheidszorg.
Naar een beter geestelijk gezondheidzorg. (2010, 26 maart). Gedownload op 19 november 2013, van http://www.health.fgov.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@legalmanagement/documents/ie2divers/19066448_fr.pdf.

- SEL. (z.d.). *artikel 107 vermaatschappelijking van Geestelijke Gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 22 november 2013, van http://www.selwvl.be/zvw/themas_en_projecten/projecten/17/details.aspx

- SIMILES. (z.d.). *psy 107*. geraadpleegd op 19 november 2013, van <http://nl.similes.be/page?pge=117&ssn=&lng=1>

- Informatieblad van het overlegplatform spil (samenwerking psychiatrische initiatieven Limburg) (overspil middenkatern)
 SPIL. (2013, december). *Interview SPIL-voorzitter*. Gedownload op 19 november 2013, van <http://www.spil.be/bestanden/Overspil%2042.pdf>

- Psychiatrisch verzorgingstehuis Asster reling artikel 107
 SPIL.(z.d). *Artikel 107 mijlpaal in het Limburgs GGZ landschap!?*. Gedownload op 19 november 2013, van http://www.spil.be/bestanden/middenkatern_107_overspil_40.pdf

- De wet op de patiënten rechten
 SOCIALE ZAKEN, *volksgezondheid en leefmilieu*
 Publicatie : 26-09-2002 nummer : 2002022737 bladzijde : 43719 [BEELD](#)
 Dossiernummer : 2002-08-22/45
 Inwerkingtreding : 06-10-2002

- *Tips & Advies Ondernemingsdatabank*. (1994, 23 februari). geraadpleegd op 19 november 2013, van http://ondernemingsdatabank.indicator.be/article.php?nlid=VLTAAWAR_EU040202

- VLABO. (z.d.). *artikel 107*. geraadpleegd op 19 november 2013. van <http://www.vlabo.be/?action=onderdeel&onderdeel=648>

- Artikel 11 van de wet voor de ziekenhuizen en andere zorgvoorzieningen
 VOLKSGEZONDHEID, *veiligheid van de voedselketen en leefmilieu*
 Publicatie : 07-11-2008 nummer : 2008A24327 bladzijde : 58624 [BEELD](#)
 Dossiernummer : 2008-07-10/90
 Inwerkingtreding : 17-11-2008

- ZORGVISIE MAGAZINE nr.2. (2011, februari). *Van bedden naar betere zorg in de buurt*. geraadpleegd op 20 november 2013, van http://www.ggz-nhn.nl/nl/Content_Helpers/Documents/Artikel-Zorgvisie-Van-bedden-naar-betere-zorg-in-de-buurt.pdf

Mondelinge bronnen

- Artikel 107

VERMEIR, W., *Mondelinge melding*. Formeel gesprek, 18 november 2013.

- Suïcidepreventieproject binnen Reling

Beks, P., Interview. Formeel gesprek, 16 April 2014, Suïcidepreventiemedewerker.

- Beschut wonen voor psychiatrische patiënten binnen Reling

Cuypens, W., Interview. Formeel gesprek, 15 April 2014, Zorgcoördinator.

- Tafel van indicatiestelling

Dol, D., Interview. Formeel gesprek, 25 Maart 2014. Netwerkcoördinator Reling.

- PZ Asster binnen Reling

Gelade, L., Interview. Formeel gesprek, 26 Maart 2014. Maatschappelijk werker binnen het PZ Asster.

- Mobiel team voor chronische thuiszorg psychiatrische patiënten

Heeren, E., Interview, Formeel gesprek, 28 April 2014. Maatschappelijk werker binnen het 2 b team.

- De Buddywerking binnen Reling

Vanlangenaeker, A., Interview. Formeel gesprek, 4 April 2014. Maatschappelijk werkster binnen het Buddyproject.

- Het acute crisisteam binnen Reling

Van Overwalle, L., Interview. Formeel gesprek, 28 Maart 2014. Maatschappelijk werker binnen 2A team

Bijlagen

Bijlage 1: Artikel 11

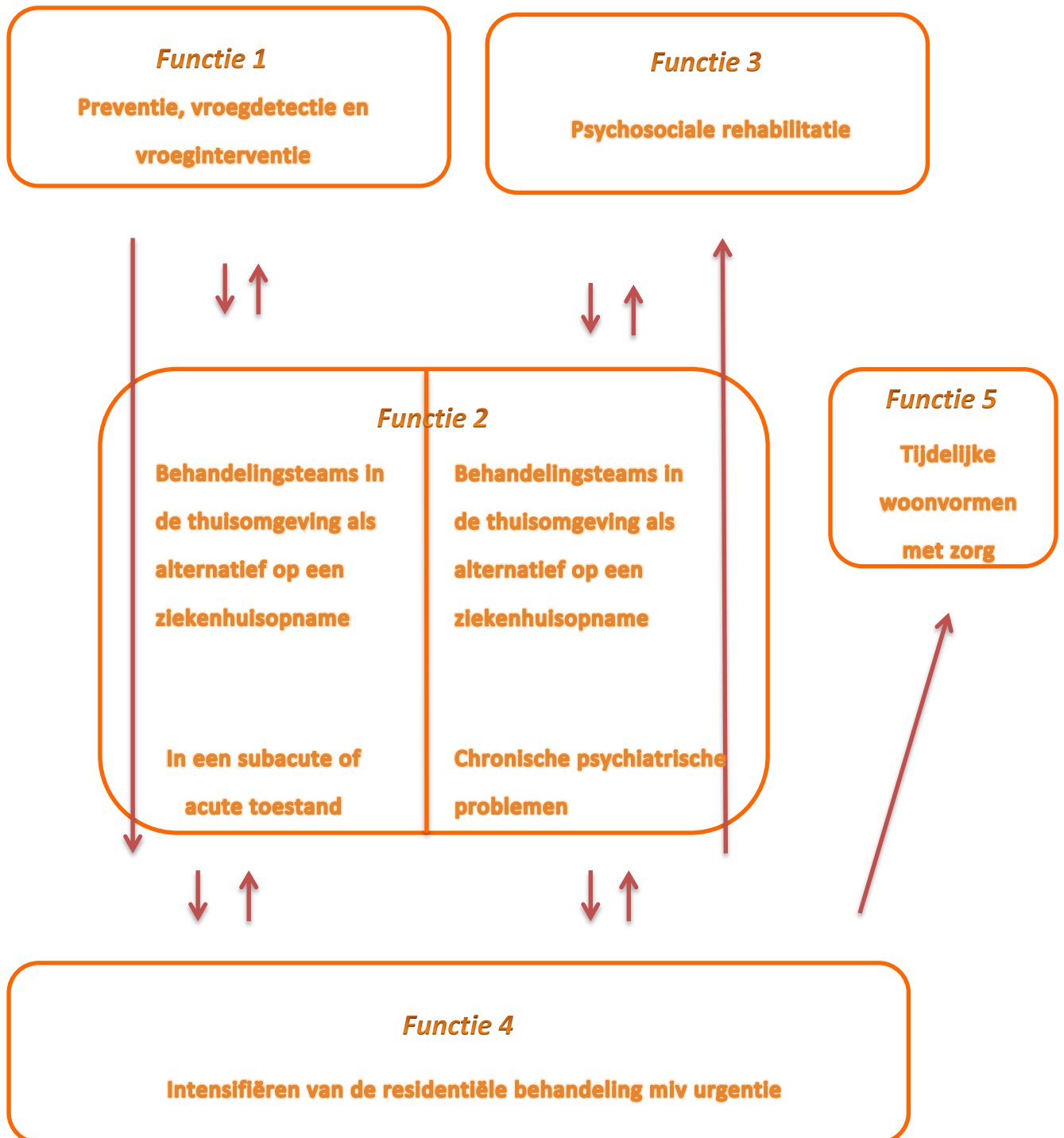
Art. 11. (11) § 1. Voor de toepassing van deze wet wordt verstaan onder :

1°) " netwerk van zorgvoorzieningen " : een geheel van zorgaanbieders, zorgverstrekkers, instellingen en diensten, die, wat de organieke wetgeving betreft, niet ressorteren onder de bevoegdheid van de overheden bedoeld in de artikelen 128, 130 of 135 van de Grondwet en die samen voor een door hen nader te omschrijven doelgroep van patiënten en binnen een door hen te motiveren gebiedsomschrijving, één of meerdere zorgcircuits aanbieden, in het kader van een instellingoverstijgende juridisch geformaliseerde samenwerkings-overeenkomst;

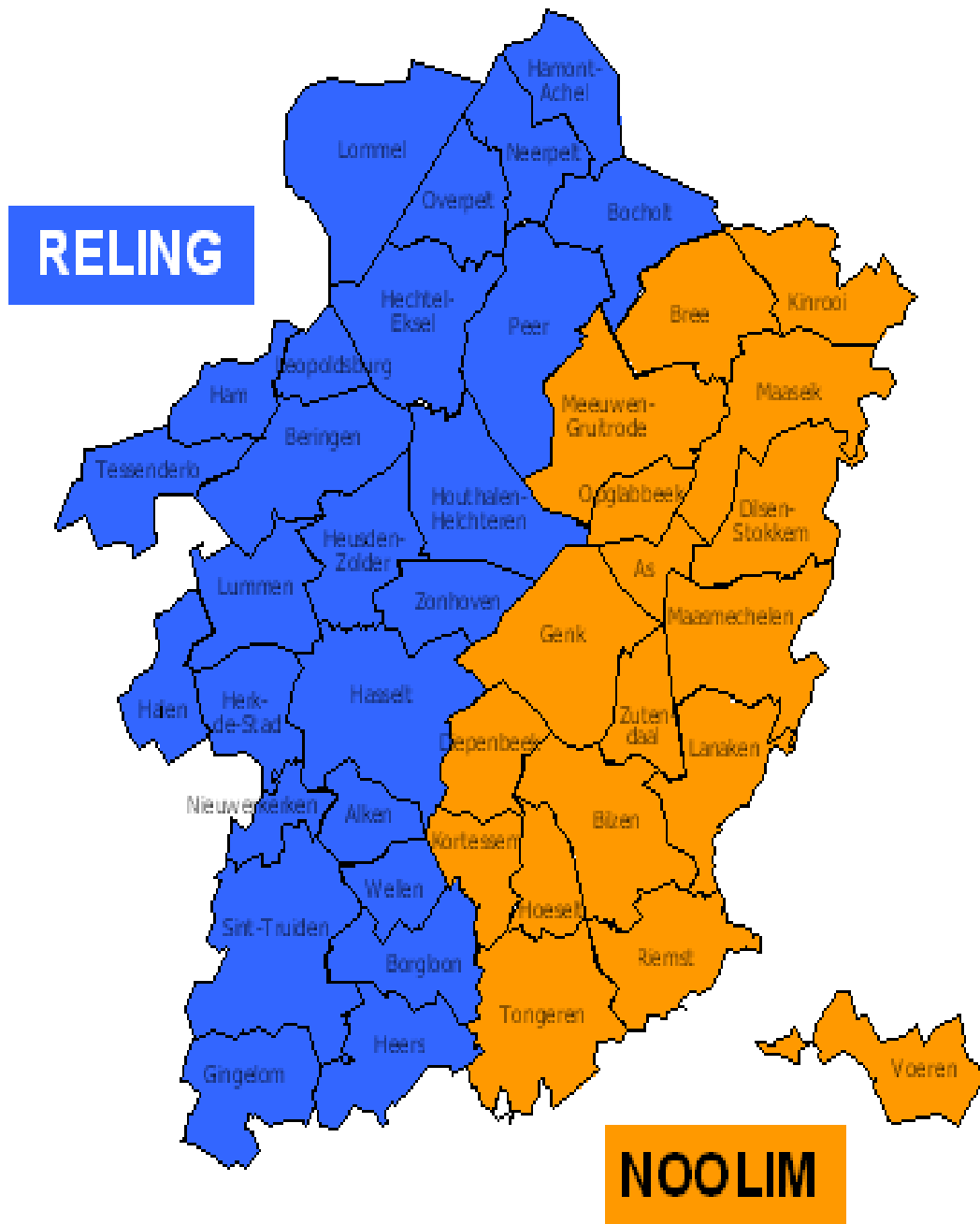
Art. 11. (11) § 1. Voor de toepassing van deze wet wordt verstaan onder :

2°) " zorgcircuit " : het geheel van zorgprogramma's en andere zorgvoorzieningen die wat de organieke wetgeving betreft, niet ressorteren onder de bevoegdheid van de overheden bedoeld in de artikelen 128, 130 of 135 van de Grondwet, en worden georganiseerd door middel van een netwerk van zorgvoorzieningen, die de in 1°, bedoelde doelgroep of subdoelgroep achtereenvolgens kan doorlopen.

Bijlage 2: Schema samenhang/doorstroom functies



Bijlage 3: Kaart regio Relling en Noolim:



Bijlage 4: Waarden en principes die Reling hanteert:

We bejegenen de hulpvrager als een persoon binnen zijn omgeving.

We respecteren hem in **zijn eigenheid en waardigheid**. We zien naast zijn noden vooral ook **zijn capaciteiten** tot herstel van een gewoon leven. We zien hem als persoon die leeft in een **familie en sociaal netwerk**. We gaan een **volgehouden vertrouwensrelatie** met hem aan.

We streven een kwalitatieve zorg na vanuit een aantal principes. De zorg is samenlevingsgericht. Maatschappelijke integratie van de hulpvrager is een essentiële waarde. De zorg is **herstelgericht**. Genezing is vaak niet volledig haalbaar, maar herstel naar een leven in een geschikte sociale omgeving is dat wel.

De zorg is **op maat van de cliënt**. De te bieden zorg wordt bepaald door de actuele zorgnoden van de cliënt. De zorg is **evidence-based**. Naast wetenschappelijk bewezen effectieve methodes zoeken we ook inspiratie bij de zgn. 'good practices' waarvan de werkzaamheid en efficiëntie door ervaring gebleken is.

De zorg is soms ook **intensief specialistisch**. De cliënt wordt zo lang mogelijk ambulant begeleid of behandeld. Die samenlevingsgerichte zorg kan opnames voorkomen of beperken in de tijd. Wanneer de begeleiding ambulant voor patiënt en omgeving niet meer efficiënt of niet meer veilig kan verlopen, moet er wel snel beroep kunnen gedaan worden op residentiële zorg, die specialistisch

werkt. Daarnaast is de individuele zorg **goed gecoördineerd** en kent een vlot verloop. De zorg wordt gekenmerkt door continuïteit: volgehouden zo lang als nodig, en waar overgang noodzakelijk is kan die naadloos verlopen, mede door een warme overdracht.

We werken loyaal samen als netwerk om de zorgvrager te bereiken en effectief te helpen. De netwerkpartners engageren zich hierbij om een **samenhangend zorgaanbod voor de regio** uit te bouwen, maar kunnen dit maar als de waarden en de visie gedeeld worden. Het zorgaanbod is **integraal**. In het netwerk is er een GGZ-antwoord voor alle burgers. Niemand mag uit de boot vallen.

Het netwerk draagt **zorg voor zijn medewerkers**. Competenties zijn bij de zorg- en hulpverleners in de regio reeds in ruime mate aanwezig, maar niet weinigen onder hen zullen straks overgaan naar een andere of vernieuwde functie of naar een ander team omwille van de uitwerking van Art. 107. Het is een uitdaging voor het netwerk om de 'Right (wol)man on the right place' te krijgen.

Het netwerk beschikt over een **heldere en vlotte communicatie**. Zo streven we naar een uniform begeleidingsplan en goede afstemming tussen de functies. Samen met de eerstelijns worden instrumenten voor zorgcommunicatie ontwikkeld.

Bijlage 5: Overzicht leden netwerk 107 Reling:

OVERZICHT LEDEN NETWERK 107 RELING			
sector	naam	aard van de voorziening	aantal/grootte
Eerste lijn			
	vzw LISTEL SEL/GDT Hasselt	1ste lijnsgezondheidszorg	koepelorganisatie
	HAK West-Limburg & omstreken	huisartsenkring	1 H.A. kring
	vzw Limburgs Huisartsenplatform	huisartsenkring	7 H.A. kringen
GGZ			
	vzw CGG/itp	centrum GGZ	4 vestigingen
	vzw DAGG	centrum GGZ	2 vestigingen
	vzw VGGZ / MOB	centrum GGZ	1 vestiging
	vzw CAD-Limburg	centrum alg. en drugs	5 vestigingen
	JESSA ZH, Hasselt	PAAZ alg. ziekenhuis	30 bed/6 stoel
	St. Francisk. ZH, Heusd.-Zolder	PAAZ alg. ziekenhuis	37 bed/8 stoel
	Maria ZH, Overpelt	PAAZ alg. ziekenhuis	30 bed/8 stoel
	P.C. Ziekeren, St. Truiden	psychiatr. ziekenhuis	180 bed/42 stoel
	P.Z. Sanota Maria, St. Truiden	psychiatr. ziekenhuis	180 bed/22 stoel
	P.V.T. Ziekeren, St. Truiden	psychiatr. verzorgingsstehuis	95 bed/(30)
	vzw Beschut Wonen N-Limburg	beschut wonen	49 plaatsen
	vzw Beschut Wonen W-Limburg	beschut wonen	48 plaatsen
	vzw Basis, Hasselt	beschut wonen	39 plaatsen
	vzw Bewust, St. Truiden	beschut wonen	200 plaatsen
	vzw De Overstap, Bilzen	beschut wonen	12 plaatsen
RIZIV-GGZ			
	vzw LITP / REVAL	revalidatiecentrum	3 vestigingen
	vzw Validag	revalidatiecentrum	1 vestiging
Andere			
	Similes	familievereniging	
Relevante en betrokken partners (ondertekenden engagementsverklaring*)			
A.Z. spoedafdeling	RZ St. Trudo*	Arbeid	PSAZ- Prov. Steunpunt Arbeidszorg*
Patiëntenvereniging	Uilenspiegel*		GTB- Gespecial. Traject Begeleiding*
Diensten Gezinszorg	Familiehulp Limburg*	LOGO	LOGO- Limburgs Gezondheidsoverleg*
	Landelijke Thuiszorg*	OCMW	LSO- Limburgs Steunpunt OCMW's*
	Solidariteit vr het Gezin*	Mutual.	DMW Liberale Mutualiteit/RDC Horizon*
	Thuishulp De Voorzorg*		DMW Christelijke Mutualiteit*
	Thuisverzorging Eerste Lijn*	Apotheek	KLAV- Limb. Apothekers Vereniging*
Diensten Thuisverpleging	Thuisverpleging De Voorzorg*		
	Wit Gele Kruis Limburg*		
Centrum Algemeen Welzijn	Solidariteit vr het Gezin*		
	CAW 't Verschil*		
	CAW Sonar		

Bijlage 6: Strategieën van het suïcidepreventieproject:

Kort samengevat 5 strategieën om het aantal suïcides tegen 2020 met 20% ten opzichte van 2000 te verminderen.

1. Geestelijke gezondheidsbevordering met betrekking tot het individu en de maatschappij.
2. Suïcidepreventie door laagdrempelige telefonische en online hulp.
3. Bevorderen van deskundigheid en netwerkvorming bij intermediairs.
4. Strategieën voor specifieke risicogroepen.
5. De ontwikkeling en implementatie van aanbevelingen en hulpmiddelen voor de preventie van suïcide.

Bijlage 7: Instanties die instaan voor het uitvoeren van Het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie:

Het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie wordt in Vlaanderen gedragen door verschillende organisaties: VLESP (Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie), CPZ (Centrum ter Preventie van Zelfdoding), EZO (Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, UGent), CGG-Suïcidepreventiewerking, Organisatie met terreinwerking Zorg voor Suïcidepogers, Organisatie met terreinwerking Werkgroep Verder (nabestaanden), LOGO's, Domus Medica, ...).

Bijlage 8: Doelstellingen suïcidepreventieproject:

De doelstellingen van het suïcidepreventieproject binnen functie 1A zijn volgende:

- Deskundigheidsbevordering naar hulpverleners GGZ binnen Reling
- Ondersteuning en deskundigheidsbevordering eerstelijns werkers in regio Reling
- Netwerkvorming in kader van suïcidepreventie
- Ondersteuning opzetten suïcidepreventiebeleid in verschillende organisaties binnen Reling
- Aanreiken van aanbevelingen en materialen in kader van suïcidepreventie

Dit met als overkoepelende doelstelling een reductie van 20% suïcides te bereiken in 2020 ten opzichte van 2000.

Bijlage 9: Taken suïcidepreventieproject:

Taken die het suïcidepreventieproject op zich neemt binnen Reling:

- vorming in het kader van deskundigheidsbevordering.
- ondersteuning organisaties in het opzetten van een suïcidepreventiebeleid.
- consultfunctie voor organisaties in het kader van suïcidepreventiebeleid
- postpreventie opdrachten ondersteunen na een suïcide
- netwerkvorming in het kader van opvang van personen die suïcidaal zijn
- ontwikkelen en helpen implementeren van aanbevelingen en materialen op vlak van suïcidepreventie

Bijlage 10: Luiken functie 1B

In principe houdt functie 1B de ondersteuning van de 1stelijns diensten in. Binnen deze functie zijn er echter een aantal luiken die worden uitgewerkt.

- *Luik1: Coaching en supervisie*

Men gaat als eerste telefonische coaching geven aan de eerstelijns diensten die een cliënt met een psychiatrische problematiek begeleiden, wanneer zij dit nodig achten. Dit houdt dus in dat wanneer hulpverleners niet goed weten wat ze met een cliënt moeten doen, deze contact kunnen opnemen met bijvoorbeeld een CGG. Men gaat ervoor zorgen dat dit een CGG is dat het dichtste in de buurt ligt omdat de hulpverleners van dat CGG weten hoe de omgeving eruit ziet. Dit is belangrijk om het beste advies te kunnen formuleren.

Wanneer telefonisch consult onvoldoende is, kan het CGG één van zijn werknemers lenen waarbij er een vorm van supervisie naar boven komt. Men gaat dan op zoek naar een deskundige die het meest is aangewezen om adviezen en aanbevelingen over een bepaalde problematiek te geven. Deze gaat dan op bezoek bij de eerstelijns medewerkers. Samen onderzoeken ze de situatie en bekijken ze wat kan en niet kan. Dit is een voorbeeld van een getrappt systeem.

- *Luik 2: informatieverstrekking en vorming*

Binnen dit luik past vooral het communiceren van de ontwikkelingen in de GGZ naar de eerstelijns actoren. Dit wordt gedaan door het geven van vormingen, het installeren van jobcoachen, ...

De eerstelijnsdiensten missen vaak de basiskennis omtrent psychiatrische hulpverlening. Ze missen kennis omtrent ziektebeelden, wat dit betekent voor de mensen die de ziekte hebben en hoe ze hiermee moeten omgaan. Het is de bedoeling dat deze informatie op een laagdrempelig, verstaanbaar niveau wordt overgedragen naar de eerstelijns medewerkers.

- *Luik 3: indicatiestelling en diagnostiek*

Dit luik bestond vroeger ook al, maar doordat men hier problemen in ervaarde, wil Reling dit nu vanuit een andere visie benaderen.

Dit zal a.d.h.v. een voorbeeld worden toegelicht:

Stel dat een huisarts een vermoeden heeft van een depressie bij één van zijn patiënten. Hij heeft echter twijfels, dan kan een CGG worden ingeroepen om een screening uit te voeren en een diagnose te stellen. Dit is niks nieuws, maar men merkte problemen met de instroming bij de CGG's. Vroeger zou men de cliënten includeren bij de CGG's waardoor deze soms lang moesten wachten door de wachtlijsten. Nu gaat men de cliënten niet meer includeren. Men gaat de cliënt zo snel mogelijk op gesprek laten komen bij een CGG. Hier kan dan een diagnose gesteld worden, maar het CGG gaat de cliënten niet meer opnemen. Het CGG gaat de cliënten terug sturen naar de huisarts. Het CGG kan een aantal adviezen over behandeling van de cliënten doorgeven aan de huisarts. De huisarts en cliënt kiezen samen de meest geschikte oplossing.

Dit is een voorbeeld waarbij men merkt dat ze steeds beroep willen doen op de minst ingrijpende hulpverlening.

Bijlage 11: Doelstellingen tafel van indicatiestelling:

De doelstellingen van de tafel van indicatiestelling en daarbij de doelstelling van het project Reling kan men opdelen in 3 grote doelstellingen. Deze zijn:

- Verzorgen van de continuïteit van de zorg- en dienstverlening.
- De patiënt moet centraal staan. Men moet veel meer vraag gestuurd werken dan aanbod gestuurd.
- De mensen zo veel en zo lang mogelijk binnen de maatschappij laten functioneren. Pas wanneer het echt niet meer anders kan, overgaan tot een opname.

Bijlage 12: Doelstellingen 2A team:

Er zijn een aantal doelstellingen die het 2A team zou moeten volbrengen binnen het project Reling, deze zijn:

- Voorkomen dat mensen moeten worden opgenomen.
- De drempel verlagen om naar hulp te zoeken door hulpverlening aan huis te bieden. De hulpverlening is gratis.
- Mensen uit hun crisis halen door 4 weken intensieve zorg te bieden.
- Min. 30 cliënten per maand verder helpen.
- Binnen de 16 uur na aanmelding aan huis gaan.
- ...

Bijlage 13: Criteria cliënten 2A team:

Er zijn toch wel een aantal voorwaarden waaraan de cliënten moeten voldoen om geholpen te kunnen worden door het 2A team, deze zijn:

- De cliënt moet vrijwillig willen meewerken.
- De aanmelding moet door een arts gebeuren (huisarts, psychiater).
- Leeftijdsvoorwaarden: 16-65 (In praktijk eigenlijk pas vanaf 18, Er is een overeenkomst tussen het 2A team en de K-dienst van Asster waarnaar er wordt doorverwezen wanneer de cliënt een leeftijd onder de 18 jaar heeft.)
- Regio voorwaarden.
- Je moet een psychiatrische problematiek hebben en in crisis zitten.
- Men moet de veiligheid van de hulpverleners kunnen garanderen.
- Ze begeleiden geen mensen die onder invloed van alcohol of drugs zijn. Het gaat dan niet over het feit dat de cliënten gebruiken, maar ze mogen niet onder invloed zijn op het moment dat iemand van het 2A team op bezoek gaat.

Bijlage 14: Specifieke taken van een MA binnen een 2A team:

Specifieke taken van een MA binnen functie 2A:

- Het voeren van gesprekken. Deze kunnen therapeutisch zijn, maar vooral op maatschappelijk vlak.
- Administratie: dossiers bijhouden, waardoor ik soms iets minder huisbezoeken doe dan de anderen.

- Informatie opzoeken wanneer de cliënten hier baat bij hebben of er zelf om gevraagd hebben.
- Actualiteit volgen.
- Cliënten informeren over rechten, plichten. Eigenlijk voor een stuk vormen.
- De toeleiding verzorgen, ook uitleg geven aan de cliënt welke organisatie wat doet en waaraan hij zich kan verwachten.
- ...

Bijlage 15: Doelstellingen 2B team:

Het 2B team zou aan volgende doelstellingen moeten beantwoorden:

- Mensen met een chronische psychiatrische problematiek verder helpen.
- Hulp bieden in de thuissituatie.
- De vaardigheden van de cliënten ontwikkelen zodat ze opnieuw of beter kunnen functioneren in de maatschappij.
- Vraaggericht werken.
- Een behandelplan opstellen, door doelstellingsgericht te werken.
- ...

Bijlage 16: Criteria cliënten 2B team:

Er zijn een aantal voorwaarden waaraan de cliënten moeten voldoen, deze zijn:

- Men moet een chronische psychiatrische problematiek hebben, dit houdt in dat er geen personen met een mentale handicap in aanmerking komen. Wanneer er enige twijfel bestaat, wordt deze cliënt op de tafel van indicatiestelling gebracht.
- Binnen de leeftijdscategorie vallen.
- Men moet binnen de afgebakende regio wonen.
- Men moet een uitval hebben op verschillende levensdomeinen.
- ...

Bijlage 17: Specifieke taken van een MA binnen een 2B team:

Dit zijn een aantal specifieke taken dat een MA uitvoert binnen een 2B team:

- Het bieden van zorg op maat.
- Problemen over verschillende levensdomeinen in kaart brengen.
- Cliënten doorsturen naar de juiste instanties van de sociale kaart.
- Zorgen dat de rest van het team up tot date blijft.

- Opleidingen en vormingen volgen, waarna de MA als coach van de andere hulpverleners van het team fungeert.
- Doelstellingen opstellen samen met de cliënt.
- ...

Bijlage 18: Specifieke taken buddyproject

Eerst zullen de aanmeldingen worden bekeken. Er zal een kennismakingsgesprek worden gepland. Tijdens het kennismakingsgesprek gaat de buddymedewerker zowel bij de buddy als bij de deelnemer nagaan wat ze graag doen, wat hun interesses zijn, welke levensgebeurtenissen,...

Vervolgens is er de matching, ook hier gaat er rekening worden gehouden met de interesses van de personen. Ze gaan dus goed na welke buddy en deelnemer het best bij elkaar passen.

Hierna gebeurt de bekendmaking. De buddy en deelnemer maken kennis met elkaar. Dit kan op de dienst gebeuren (DAGG), of er kan worden afgesproken aan huis. De buddymedewerker is altijd aanwezig bij dit kennismakingsgesprek om het gesprek te sturen en goed te laten verlopen.

Er is natuurlijk ook opvolging van het duo. Om het half jaar wordt er een evaluatiegesprek gepland. Af en toe belt de buddymedewerker om de duo's op te volgen. Wanneer iemand vragen heeft kan deze zelf natuurlijk ook altijd contact opnemen met de buddymedewerker.

Ten slotte worden er ook vormingsmomenten georganiseerd, deze kunnen over diverse onderwerpen gaan zoals bijvoorbeeld 'Hoe leer ik grenzen stellen?'.

Bijlage 19: Doelstellingen Buddyproject:

De doelstellingen die de buddywerking heeft opgesteld binnen het project Reling zijn volgende:

- Deelnemen aan vergaderingen om functie 3 verder uit te bouwen.
- Netwerking mogelijk maken. Contacten leggen met andere GGZ-partners om een brug te kunnen vormen die cliënten naar de buddywerking leidt.
- Cliënten opnieuw laten integreren in de maatschappij.
- Cliënten leren bouwen aan hun sociale netwerk.
- Cliënten uit sociale isolatie halen.

Bijlage 20: Criteria cliënten buddyproject:

Zowel de deelnemers als de buddy's moeten aan een aantal criteria voldoen, deze zijn:

Deelnemers:

- Leeftijd: (jong)volwassenen
- Moeten zelfstandig wonen of in de nabije toekomst dit van plan zijn (dus niet in opname)
- Langdurige psychische of psychiatrische problematiek
- Moeten niet beschikken over een steunend netwerk, vereenzaming of sociaal isolement.
- Regio: groot Sint-Truiden (Nieuwerkerken, Gingelom, Sint-Truiden, Borloon)
- Moet motivatie zijn
- Partner moet op de hoogte zijn
- Contact hulpverleners/verwijzers, ondersteuning blijft noodzakelijk
- Aandachtspunten voor haalbaarheid:
 - = zwakbegaafdheid of verstandelijke beperking
 - = Actuele verslaving (veiligheid inschatten)
 - = daders (veiligheid?)
 - = zware persoonlijkheidsstoornis/dissociatieve stoornis
 - = crisissituatie bij aanmelding

Buddy:

- Langdurig engagement = minimum een jaar willen meedoen aan de buddywerking
- Wekelijks/twee wekelijks contact met deelnemer: we vinden dat er toch wel regelmatig moet worden afgesproken voor het bekomen en onderhouden van een vertrouwensband.
- Communicatieve/sociale vaardigheden
- Kritisch naar zichzelf willen kijken
- Afspraken kunnen nakomen: deelnemers zijn vaak afgewezen en willen voorkomen dat ze hetzelfde gevoel krijgen door hun buddy.
- Respectvolle, empathische houding
- Geheimhoudingsplicht
- Grenzen kunnen stellen
- Bereidheid tot vorming en intervisie
- Geen voorkennis vereist
- Indien motivatie vanuit ervaringsdeskundigheid: voldoende herwonnen stabiliteit en continuïteit kunnen garanderen.

Bijlage 21: BOR en crisisbed:

Een crisisbed is een bed waarop de diensten van Reling zoals bijvoorbeeld 2A kan rekening wanneer er zich een acute crisissituatie voordoet en 2A het gevoel heeft dat zij niet de nodige hulp kunnen bieden. Er kan dan gerekend worden op een crisisbed en kan de cliënt in Asster worden opgenomen. Dit is ongeveer 3 – 5 dagen en dan wordt er gekeken wat er verder nodig is.

De doelstellingen van deze crisisopname binnen Asster zijn, korte behandeling, instellen van medicatie, directe opvolging (vb. van nevenwerkingen), tot rust komen van de patiënt en mantelzorg. Na de crisis wordt de zorg terug hervat, is dit niet mogelijk wordt er geopteerd voor een langere behandeling.

Een BOR is een is een bed dat eigenlijk gereserveerd staat en waar de diensten vanuit Reling zoals bijvoorbeeld 2B die werken met langdurige psychiatrische patiënten beroep op kunnen doen. De cliënten worden opgenomen wanneer men merkt dat dit noodzakelijk is. Dit duurt ongeveer 3 – 5 dagen en dan wordt er gekeken wat er verder nodig is. Dit is eigenlijk vooral bedoeld om de mantelzorg te ontlasten, het doel is dan ook dat de mantelzorg even ademruimte krijgt doordat de cliënt even binnengaat in Asster. Een ander doel is dat er een aantal dingen bij de cliënt worden nagekeken zoals de algemene toestand, medicatie, nevenwerkingen, ...)

In beide gevallen (crisisbed en BOR) blijven de mobiele teams betrokken in de behandeling en staan ze in contact met het PZ/PAAZ.

De mobiele teams kunnen steeds bij PZ en PAAZ terecht voor een gewone opname wanneer de situatie dit vereist. Wanneer er een periode moet worden overbrugd is dat net zoals bij andere patiënten. Er wordt overlegt om de opname asap te laten doorgaan. En men voorziet maatregelen in de tussenperiode.

Bijlage 22: Doelstellingen Asster:

De doelstellingen van Asster binnen functie 4 zijn volgende:

- Focus op medische en paramedische interventies en psychotherapeutische interventies.
- Het zorgaanbod beoogt genezing en herstel waar mogelijk.
- Stabilisering van het ziekteverloop.

- Uitgaan van het stepped care principe. Ook wel eens de getrapte zorg genoemd. Men gaat kijken op welke trap of niveau nu juist de hulp dient geboden te worden, vanuitgaande van het subsidiariteitsprincipe.
- Uitbouwen van specifieke residentiële opvangmodaliteiten voor psychiatrische noodsituaties zoals een crisisbed.
- Het uitbouwen van een bed-op-recept voor de langdurige zorgafhankelijke patiënten die in functie 2B, 3 en 5 gevolgd worden.
- Oog hebben voor de cliënt en ervoor zorgen dat deze niet onnodig in opname wordt gestuurd.
- Opname verkortend werken.

Bijlage 23: Specifieke taken MA binnen PZ Asster:

- Algemene vragen en inlichtingen
- Andere diensten aanspreken
- Opvangen van dringende vragen
- Kennismakingsgesprek bij opname
- Dringende interventies wanneer dit nodig is
- Informeren en adviseren over mogelijkheden, rechten en plichten
- Psycho-educatie
- Helpen bij invullen van documenten = administratieve ondersteuning
- Sociaal onderzoek doen
- Rapporteren in teamverband
- Regelingen treffen omtrent sociale zekerheid, bijvoorbeeld uitkeringen wanneer langdurige opname in een PZ
- Onderhandelen met bewindvoerdere
- Bemiddelen m.b.t schulden
- Gesprekken voeren met betrekking opname/ontslag.

- Begeleiding van patiënten en familie met betrekking omgaan met de gevolgen van het psychisch ziek zijn.
- Ondersteuning netwerk.
- Participeren aan teamvergadering/teamoverleg
- ...

Bijlage 24: Aspecten en taken vzw Bewust:

Aspecten waar Bewust rekening mee houdt en waar de medewerkers zinvolle interventies doet:

- Lichamelijk functioneren
- Psychisch functioneren
- medicatie inname
- huishouden
- zelfzorg
- sociale administratie
- relatie en zingeving: De cliënten krijgen bijvoorbeeld de rol van buurman/buurvrouw, Bewust gaat de cliënten helpen om deze rol op een degelijke manier in te vullen.
- ...

Bijlage 25: Doelstellingen vzw Bewust:

Er zijn een aantal doelstellingen die Bewust heeft opgesteld, namelijk:

- Helpen uitbouwen van een netwerk zodat elke cliënt binnen dit netwerk de gepaste GGZ-zorg krijgt.
- Deelnemen aan overleggen en tafel van indicatiestelling. Hierdoor helpen de noden in kaart brengen.
- Mensen niet onnodig lang in opname laten verblijven = opname verkortend werken
- Maatschappelijke integratie van personen met een psychiatrische stoornis.

Bijlage 26: Logo's:

- Reling:



- VAPS:



- Buddyproject:



- PZ Asster:



- Vzw Bewust:

