



**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

Bundel vragenlijsten (bijlage 27)

**Hasselt
Academiejaar 2013- 2014**

In deze bundel (bijlage 27) zijn de ingevulde vragenlijsten terug te vinden. Ik heb mijn eindwerk gebaseerd op deze vragenlijsten. De mogelijkheid bestaat dat er een aantal vragen niet zijn ingevuld. Dit kan doordat deze vragen niet relevant zijn, of de antwoorden al eerder aan bod zijn gekomen.

Vragenlijst Suïcidepreventieproject (functie 1A)

Functie 1A:

- **Wat houdt functie 1A in?**

Bij het uitschrijven van de Gids Naar een Betere Geestelijke Gezondheidszorg werd er geen opdeling gemaakt in functie 1. Functie 1 stond dan voor alle activiteiten die te maken hadden met preventie, promotie van GGZ, vroegdetectie, screening en diagnosestelling. Als je de gids erop na slaat dan houdt deze eerste functie in dat er vanuit GGZ ingegaan wordt op een aanmelding, diagnose en indicatiestelling gevolgd door ook eerste interventies. Er werd verder meegegeven dat in de concrete uitwerking van belang is om de eerstelijnszorg te betrekken.

Bij het indien van de projecten “art. 107” zien we dat de meeste netwerken deze eerste functie gaan opdelen. Hier wordt dan vaak een opdeling gemaakt in functie 1A die voornamelijk instaan voor preventie en promotie van de GGZ. Functie 1B gaat dan meer over vroegdetectie, screening en diagnosestelling. Al verschillen de invullingen hiervan wel eens over de verschillende netwerken. In Reling slaat functie 1A op preventie en promotie van GGZ. De bedoeling was er om te komen tot een meer geïntegreerd aanbod van preventieactiviteiten. Vandaar dat voorgesteld werd om een overleg te organiseren tussen de verschillende instanties die instaan voor preventie en promotie (LOGO's, CAD-Preventie, CGG – Suïcidepreventie, KOPP-project, Familieplatform, Similes, Uilenspiegel) en eerstelijnszorg (Listel, OCMW).

Suïcidepreventieproject:

Het [suïcidepreventieproject van de CGG's](#) staat in voor het uitvoeren van het [Vlaams Actie Plan Suïcidepreventie](#).

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

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

De CGG-suïcidepreventiewerkers ondersteunen deze vijf strategieën en concrete uitwerking hiervan. De nadruk ligt echter op het bevorderen van deskundigheid en netwerkvorming bij intermediairs. Dit wil zeggen dat onze hoofdtak erin bestaat om intermediairs te vormen om goed met suïcidaliteit om te gaan. Dat we hen stimuleren om een suïcidepreventiebeleid in hun organisatie uit te tekenen en dat ze hiervoor afspraken maken met partners in het netwerk. Verder maken we de acties mbt geestelijke gezondheidsbevordering en aanbod van laagdrempelige hulp bekend. We ondersteunen de werking

voor specifieke risicogroepen: suïcidepogers, nabestaanden en psychose. We trachten organisaties op de hoogte te houden van aanbevelingen en hulpmiddelen inzake preventie van suïcide. In samenwerking met andere organisaties ontwikkelen we ook hulpmiddelen voor intermediairs.

- **Wat is een GPT (geïntegreerd preventieteam)? En welke taken voert dit team uit?**

Het GPT is volgens mij het provinciaal overleg tussen de verschillende instanties die instaan voor preventie en promotie van de geestelijke gezondheid in Limburg. In dit overleg tracht men de krachten tussen de verschillende organisaties te bundelen. Op dit moment heeft men volgende acties naar voor geschoven:

- Ontwikkeling gezamenlijke website van Noolim en Reling. De website wordt een verwijsgids voor zorgverleners naar de gespecialiseerde GGZ (link naar de sociale kaart). Daarnaast zal het vooral een portaalwebsite worden met linken naar betrouwbare en interessante websites.
- Inventarisatie van bijdragen aan gezondheidspromotie en positieve beeldvorming.
- Zorggerichte stigmabestrijding (bv eerste lijn). We denken na over mogelijke andere specifieke doelgroepen waar we vanuit deze werkgroep kunnen werken.
- Ontwikkeling van plukboek in verband met preventie en promotie geestelijke gezondheid en aanbod aan gemeentelijke besturen in het kader van "Gezonde Gemeente".

- **Wat is het suïcidepreventieproject?**

Zie bovenstaande

- **Wat doet het suïcidepreventieproject?**

Zie bovenstaande

- **Onder welke organisatie of dienst valt het suïcideproject? Met andere woorden wie voert dit uit?**

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, ...). Suïcidepreventie van de CGG werd in het verleden gedragen door de verschillende CGG's. De minister heeft deze activiteiten willen bundelen door in elke provincie de coördinatie van het project bij 1 CGG te leggen. In Limburg worden de taken van de CGG-Suïcidepreventiewerking uitgevoerd door de suïcidepreventiewerkers die werken voor DAGG (Dienst Ambulante Geestelijke Gezondheid). Dit is een CGG met vestigingen in Lommel, Maaseik en Sint-Truiden.

- **Wat is jullie doelgroep?**

Onze doelgroep zijn intermediairs. Dit wil zeggen dat wij 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, ...

Wij zien dus geen patiënten of cliënten, maar ondersteunen andere hulpverleners in de opvang van personen die suïcidaal gedrag stellen.

- **Welke taken neemt het suïcidepreventieproject op binnen het artikel 107 verhaal?**

- vorming in het kader van deskundigheidsbevordering.
- ondersteuning organisaties in het opzetten van een suïcidepreventiebeleid.
- consultfunctie voor organisaties in het kader van suïcidepreventiebeleid.
- postventie 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.

- **Wie werkt er mee aan het suïcidepreventieproject? (diploma's)**

Rita Vanhove (Organisatie met terreinwerking Zorg voor Suïcidepogers – Vlaamse coördinatie) – Psychologe.

Marie Vanbroeckhoven (Provinciale coördinator Suïcidepreventie) – Psychologe.

Peter Beks (Suïcidepreventiewerker CGG) – Psycholoog.

Shanti Vandervelden (Suïcidepreventiewerker CGG) – Maatschappelijk werkster.

- **Met hoeveel zijn jullie om dit project draaiende te houden?**

Zie vorige vraag: Totaal +/- 1 FTE Organisatie met terreinwerking Zorg voor Suïcidepogers)

+/- 2,30 FTE Suïcidepreventiewerking CGG Limburg

- **Bestond het suïcidepreventieproject al, of is dit mede opgericht door het tot stand komen van Reling? Hoelang bestaan jullie dan al?**

De suïcidepreventiewerking bestond al veel langer. Vanaf 1998 werd de suïcidepreventie-opdracht reeds opgenomen door het DAGG.

Doelstellingen:

- **Wat zijn jullie doelstelling binnen het project Reling?**

- 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.

- **Worden deze doelstellingen behaald?**

Deze doelstellingen worden gehaald:

-Wij vormen jaarlijks tussen de 700 en 1000 personen in Limburg. Hieronder vallen onze vaste vormingen : 3daagse training suïcidepreventie bij jongeren, 2daagse training suïcidepreventie bij volwassenen, 2daagse training suïcidepreventie bij ouderen, vorming aan opleidingscentrum voor politie (slachtofferbejegenaars), trainingen voor algemene ziekenhuizen, specifieke studiedagen en alle vormingen op maat (huisartsentrainingen via LOK's, Vormingen Initiatieven Beschut Wonen, OCMW's, Mobiele teams Reling en Noolim, ...).

-We hebben in overleg met de netwerken Reling en Noolim een document opgesteld mbt --Ketenzorg voor de suïcidale persoon.

-We ondersteunen 4 van de 6 Algemene ziekenhuizen in het ontwikkelen en implementeren van een klinisch pad voor suïcidepogers.

-We nemen deel aan verschillende provinciale overlegfora: Overleg functie 1A, Werkgroep Bedrijfssluiting, Euregionaal jongerenonderzoek, Ad hoc overlegmomenten,

- We organiseren werkgroepen op provinciaal niveau voor suïcidepreventie bij jongeren en volwassenen.

- We verspreiden in de algemene ziekenhuizen, CLB, CGG en K-diensten de instrumenten IPEO en KIPEO voor de opvang van suïcidepogers.

- Voorgaande jaren brachten we brochures, websites en app uit voor de jonge suïcidepogers.

=> De algemene doelstelling is momenteel nog veraf. Een reductie van 8% suïcides in 2010 ten opzichte van 2000 werd eerder wel bereikt.

- **Tegen wanneer moeten deze doelstellingen worden behaald?**

Reductie aantal suïcides in Vlaanderen moet bereikt worden tegen 2020.

- **Wat kan men nog meer doen om deze doelstellingen te behalen?**

Mijns inziens zal men erin moeten slagen om op vlak van hulpverlening laagdrempelige en toegankelijke hulp aan te bieden: Onlinehulp (zoals bij alcohol of cannabis en zoals in Nederland 113 online), eerstelijnspsychologische functie, terugbetaling psychologische hulp. Daarnaast zijn er universeel preventieve campagnes noodzakelijk waarin vooral ingezet wordt op verbinding tussen personen. In onze individualistische maatschappij gaat zo veel steun en opvang verloren. Suïcidepreventie is een taak van de maatschappij.

- **Wat gebeurt er wanneer deze doelstellingen niet behaald zouden worden?**
Dit is niet duidelijk, maar de overheid kan op elk moment de middelen die geïnvesteerd worden in Suïcidepreventie terugtrekken.

Maatschappelijk werk:

- **Zijn er maatschappelijk werkers die instaan om dit project te realiseren?**
 - **Indien van toepassing: Wat zijn de taken van deze maatschappelijk assistenten?**
 - **Wat zijn de taken van de andere hulpverleners?**
Er is een maatschappelijk werkster bij ons recent aangenomen. Zij zal instaan voor de organisatie van de vormingen, contactname met verschillende organisaties en natuurlijk ook assistentie in het geven van vormingen. Hierbij zouden de vormingen steeds gegeven worden in duo psycholoog-maatschappelijk werkster.
- **Indien er geen maatschappelijk assistenten meewerken aan dit project, zou dit dan wel kunnen?**
/
- **Waarom wel of waarom geen maatschappelijk assistenten?**
Wij denken dat maatschappelijk werkers een specifieke bijdrage hebben op vlak van netwerkvorming, in kaart brengen van maatschappelijke pijnpunten. Hierbij zal de maatschappelijk werkster voornamelijk inbreng hebben in algemene preventie op maatschappelijk niveau, signalisering en beleidsondersteuning en het bieden van vorming.
De meerwaarde van de maatschappelijk werker ligt volgens ons in het beleidsondersteunende activiteiten en netwerkvorming.
- **Eigen mening: Zou u het een meerwaarde vinden wanneer er maatschappelijk werk zou geïntegreerd worden binnen deze functie en binnen het suïcidepreventieproject?**
Volgens ons heeft maatschappelijk werk zeker een meerwaarde te bieden in het suïcidepreventieproject. Voornamelijk vanuit maatschappij oogpunt.
- **Welke kerntaken van het maatschappelijk werk zou u plakken op de invulling van het suïcidepreventieproject binnen Reling? (zie bijlage mail) (ook al zijn er geen maatschappelijk werkers, men kan altijd een aantal functies erop plakken)**
 - Algemene preventie voornamelijk op maatschappelijk niveau en sensibilisering.
 - Signalering en beleidsgerichte werking: zowel intern als extern.
 - Opleiding en vorming.
 - Voorwaarden scheppende taken (kwaliteitsbevordering en bewaking).

- **Hoe loopt het uitvoeren van het suïcidepreventieproject?**
 - **Indien van toepassing: Hoe verloopt het uitvoeren van het maatschappelijk werk?**
Zie eerder
- **Zijn er nog meer projecten binnen deze functie? En past daar het maatschappelijk werk ook in?**
/
- **Ervaart u belemmeringen in het uitvoeren van uw taken?**
Er zijn steeds belemmeringen waar samenwerking tussen organisaties en binnen de organisaties nodig is.
 - Grensconflicten.
 - Lacunes in zorg.
 - Weerstanden tegen verandering.
 - ...
- **Zou er nog meer maatschappelijk werk kunnen worden geïntegreerd?**
Ja, ik denk dat er nog meer mogelijkheden zijn op vlak van beleidsondersteuning van organisaties. Nu ligt de nadruk op deskundigheidsbevordering via vorming.
- **Wat zou men kunnen integreren aan maatschappelijk werk?**
Meer ondersteuning in implementatie van methodieken en aanbevelingen. Feedback vanuit werkveld naar overheden en expertisecentra.

Instream, doorstroom:

- **Hoe komen de cliënten bij jullie terecht?**
/
- **Worden er cliënten doorgestuurd door andere diensten die onder Reling vallen? Door welke diensten?**
/
- **Hoe ziet een hulpverleningstraject eruit?**
/
- **Hoe lang duurt een (gemiddeld) hulpverleningstraject?**
/
- **Wat gebeurt er met de cliënten wanneer het hulpverleningstraject wordt afgerond?**
/
- **Wat gebeurt er wanneer men merkt dat de cliënt nog andere hulp nodig heeft? Wordt die dan geboden of wordt men doorgestuurd naar een andere dienst?**
 - **Indien van toepassing: Wie verzorgt deze toeleiding en hoe verloopt deze toeleiding?**
/

- **Kunnen jullie cliënten weigeren en wanneer? Voorwaarden?**
 - **Indien van toepassing: Wat vindt u van deze voorwaarden?**

/

Het suïcidepreventieproject binnen Reling:

- **Hoe verloopt de samenwerking tussen suïcidepreventieproject en Reling?**
 Er is op netwerkniveau een samenwerking tussen de organisaties die binnen Reling actief zijn. In de overlegmomenten is de organisatie waarvoor wij werken ook een participant.
 Op beleidsondersteunend niveau werd een document 'Ketenzorg voor de suïcidale persoon' uitgewerkt. Dit moet nog verder verfijnd worden.
 Op organisatieniveau bieden wij vorming en ondersteuning aan mbt suïcidepreventie.
- **Welke middelen hebben jullie geïnvesteerd in Reling?**
 Er werden vanuit Suïcidepreventie geen middelen onder de vorm van financiering of FTE's ingebracht. We zetten onze expertise in ten voordele en ten dienste van de beide netwerken in Limburg.
- **Wat vinden jullie van het project Reling?**
 Persoonlijk sta ik erg achter de projecten art. 107 en daarbij ook van Reling. Er is een groter aanbod van zorg dicht bij huis (onder de vorm van de mobiele equipes). Het risico bestaat ook omwille van de naamvorming dat men onder Reling voornamelijk de mobiele equipes verstaat. In essentie gaat Reling rond netwerkvorming in de GGZ. De samenwerking tussen de diensten vergroot mijn inziens de opvang voor psychiatrische patiënten en ondersteuning aan eerste lijn. We staan naar mijn mening wel nog in de beginfase van het netwerkdenken. Er is hier nog veel progressiemarge.
- **Ervaren jullie belemmeringen door de organisatie van hogeraf?**
 Van bovenaf lopen vaak moeilijkheden omwille van financiering en inzet van middelen. Er zijn hier conflicten tussen overheidsdiensten en gemeenschappen.
- **Zijn er knelpunten waarop jullie stuiten in de werking van het suïcidepreventieproject?**
 Beperkte middelen van organisaties in GGZ, grote vraag naar ondersteuning van eerstelijns en een toegenomen vraag naar ondersteuning bij de bevolking. Hierdoor krijgen we vaak een toeslibben van toegang tot hulpverlening. Dit is ook een heikel punt in de opvang van een suïcidale persoon. Daarnaast is de grote versnippering tussen verschillende diensten een bedreiging voor de continuïteit van zorg.

- **Wat zijn de positieve punten in het hele artikel 107 verhaal?**

Belangrijkste punten zijn:

- Netwerkvorming.
- Gezamenlijke initiatieven.
- Zorg dichterbij huis, patiënt.

- **Wat zijn werkpunten binnen het artikel 107 verhaal en welke rol kan het suïcidepreventieproject en het maatschappelijk werk hierin opnemen?**

- Groeien van het netwerkdenken
- Integratie tussen aantal diensten waardoor inspanningen meer effect hebben.

Algemeen: Wat vinden jullie van het project Reling?

Ik sta positief ten opzichte van het Reling verhaal. Zoals eerder reeds aangegeven is er nog progressiemarge.

Vragenlijst tafel van indicatiestelling (functie 1B)

Functie 1B:

- **Wat houdt functie 1B in?**

Ondersteuning van de 1^{ste} lijn GGZ. De 1^{ste} lijn komt steeds meer in het vizier en daarom is het nodig om onze deskundigheid te delen met de eerste lijn.

Deze functie houdt 3 grote luiken in:

- **Luik 1: Coaching en supervisie**

Als eerste houdt dit telefonische coaching in. Men gaat telefonische coaching geven aan organisaties van de eerste lijn die een cliënt met een psychiatrische problematiek begeleiden, maar waar het niet loopt zoals ze het willen. Wanneer hulpverleners niet zo goed weten wat ze moeten doen, kunnen ze contact opnemen met een CGG. Het liefst met een CGG dat zo dicht mogelijk in de buurt ligt omdat de hulpverleners van dat CGG weten hoe de omgeving eruit ziet. Dit is dan weer belangrijk om een zo goed mogelijk advies te kunnen formuleren.

Wanneer telefonisch consult te weinig is, kan het CGG iemand van zijn werknemers lenen waarbij er een vorm van supervisie gehouden gaat worden. Men gaat dan op zoek naar een deskundige die het meest is aangewezen binnen de problematiek die dan op bezoek gaat bij de eerstelijns medewerkers. Samen onderzoeken ze dan de situatie en bekijken ze wat kan en niet kan.

Dit is een voorbeeld van een getrapt systeem.

- **Luik 2: Informatie verstrekking en vorming**

Binnen het stukje informatieverstrekking past vooral het communiceren van de ontwikkelingen in de GGZ naar de eerstelijnsactoren. Dit doen ze via het geven van vormingen, het installeren van jobcoachen, ...

Men merkt dat de eerstelijnsdiensten vaak de basiskennis omtrent psychiatrische hulpverlening missen. Hiermee bedoel ik dat ze vaak geen kennis hebben over de ziektebeelden en hoe men hier dan kan op reageren. Zo krijgen we bijvoorbeeld de vragen 'Wat is een psychose, Hoe herkennen we dit en hoe moeten we hier mee omgaan?'. Het is dan de bedoeling dat we op een laagdrempelig, verstaanbaar niveau uitleg gaan geven aan de eerstelijnsmedewerkers over een onderwerp waarin ze zichzelf graag willen verdiepen. Wanneer de eerstelijnsdiensten hier gebruik van willen maken, moeten ze dit gewoon aanvragen.

- **Luik 3: indicatiestelling en diagnostiek**

Dit luik bestond vroeger ook al, maar we benaderen dit nu vanuit een andere visie. Ik zal dit uitleggen aan de hand van een voorbeeld. 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 zo snel mogelijk op gesprek gaan bij het CGG waarbij een diagnose kan gesteld worden, maar het CGG gaat de cliënten dan niet meer opnemen. Het CGG gaat de cliënten dan terug sturen naar de huisarts. Het CGG kan een aantal adviezen over behandeling van de cliënt doorgeven aan de huisarts. De huisarts en cliënt kiezen dan samen de meest geschikte oplossing.

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

- Luik 4: eigen hervorming van de GGZ

Ik heb daarnet gezegd dat deze functie uit 3 pijlers bestaat, maar eigenlijk kunnen we nog een 4^{de} onderscheiden. Namelijk de hervorming van de GGZ. Hierbij gaat het vooral over het stukje, 'hoe mensen toestromen naar de juiste hulp.' Men merkt namelijk dat in het verleden op een verkeerde manier gebeurde. Bijvoorbeeld een huisarts stuurt door naar een CGG, het CGG zegt dan dat dat niets voor hun is en zij sturen door naar een PZ of een PAAZ. Deze zeggen op hun beurt dan weer dat deze cliënt niet geschikt is voor de hulp die zij bieden en de cliënt wordt doorgestuurd naar een mobiel team. Met andere woorden werd de cliënt van hot naar haar gestuurd. We merken dat dit zorgt voor een sterke deuk in de motivatie van de cliënten. Daarbij worden ze doorheen dat traject nog eens geconfronteerd met de wachtlijsten. Hierdoor haken de cliënten af en worden ze niet verder geholpen.

Hier willen we graag van af! We hebben ons eigen instroombeleid hervormd. Wij gaan nu uit van een getrap systeem van indicatiestelling.

- Trap 1: de 2^{de} en 3^{de} lijn hebben indicatiestellingsteams. Wanneer de cliënt binnen deze lijnen en organisaties thuis hoort is het goed. Wanneer deze hier niet thuishoren gaat men over naar trap 2 van de indicatiestelling.
- Trap 2: De organisatie waarbij de cliënt is aangemeld gaat zelf contact opnemen met iemand/organisatie waarvan die denkt dat de cliënt daar wel zou thuis horen. Dit noemen we indicatiestelling via overleg.
- Trap 3: Sommige aanvragen zijn zo moeilijk door de multi complexe problematiek, waardoor men onmogelijk alleen kan beslissen of een eenduidig antwoord bieden. Wanneer dit het geval is komen de dossiers terecht op de tafel van indicatiestelling. Hierbij lenen alle GGZ-partners uit de regio een expert uit de GGZ die deelnemen aan dit overleg. De aanmelder van de cliënt kan ook worden uitgenodigd op dit overleg voorbeeld de huisarts.

Om dit overleg te kunnen realiseren moeten er toestemming van de huisarts en van de cliënt zijn. Men wil proberen de huisarts veel meer te betrekken in alles. Vroeger werd dit te weinig gedaan waardoor het soms heel onduidelijk was wat er met de cliënt gebeurde.

De tafel van indicatiestelling gaat niet uit mekaar voordat men een oplossing heeft gevonden. Er **moet** met andere woorden een oplossing/behandeling gevonden worden. Men merkt dat we hier vaak een zorgplan bekomen dat door verschillende GGZ-partners wordt opgenomen, waar dit vroeger door 1 partner zou worden opgenomen. Het is dus eigenlijk de bedoeling dat er een schakeling van partners komt waardoor het complexe verhaal opgelost geraakt.

1B overleg:

- **Wat is een 1B overleg?**

Zie hierboven

- **Waarom dient dit overleg?**

Zie hierboven

- **Hoe verloopt zo een overleg?**

Zie hierboven

- **Hoeveel keer komen jullie samen?**

Zie hierboven

- **Welke diensten/organisaties nemen deel aan een 1B overleg?**

Alle actoren uit de GGZ van de subregio's, uitgebreid door eerstelijnsdiensten zoals bijvoorbeeld het CAW en de aanmelder zoals bijvoorbeeld de huisarts of opvang vluchtelingen, Deze kunnen dan bijvoorbeeld het eerste kwartier meevolgen en zodra dit niet meer nodig is, het overleg verlaten.

- **Welke taken hebben deze organisaties binnen dit overleg?**

Dit gaat eigenlijk puur over de indicatiestelling, overleggen en afspraken maken, doelstellingen nagaan en het opstellen van een behandelplan.

- **Welke mensen nemen deel aan dit overleg? (diploma's)**

Dit is zeer ruim, dit kunnen MA's, psychologen, psychiaters, huisartsen, Men moet niet persé een bepaald diploma hebben of een bepaalde discipline, men moet wel duidelijk kunnen maken waarvoor zijn/haar organisatie staat.

- **Nemen er MA's deel aan dit overleg?**

Er kunnen MA's deelnemen, maar ik geloof dat er momenteel geen deelnemen aan het overleg.

- **Zo niet: -waarom niet?**

Is niet echt een oorzaak voor. Iedereen kan deelnemen aan het overleg zolang die kunnen instaan voor zijn/haar organisatie.

-zouden zij wel kunnen deelnemen?

Jazeker

-zou u het nuttig vinden dat zij hieraan deelnemen? en waarom?

Ik zou het zeker nuttig vinden dat er MA's deelnemen aan het overleg wanneer zij een expertise kunnen brengen op het gebied van indicatiestelling. Ik vind het ook wel echt materie voor een MA omdat zij door de kennis van de sociale kaart, de rest van de organisatie kunnen leiden in het uitstippelen van een goed behandelplan. Zij kunnen helpen in kaart brengen wat de noden zijn en waar en door welke hulp het beste aan deze noden kan worden gewerkt.

- **Is het belangrijk dat er mensen met verschillende achtergronden deelnemen aan dit overleg en waarom?**

Ik vind dit toch wel belangrijk. Het concept is dat men de cliënten niet meer van hot naar haar stuurt, maar dat we samenzitten om zo een hulpverlening op maat van de cliënt te kunnen realiseren. Soms zijn cliëntsituaties zo complex dat het moeilijk is om een oplossing te zoeken. Doordat we samenzitten zowel verschillende organisaties met hun eigen werking, als mensen met verschillende diploma's en hun eigen invalshoek, kunnen er zeer creatieve oplossingen worden gezocht. Concreet betekent dit: 'hoe meer multidisciplinariteit, hoe meer verscheidenheid aan creatieve oplossingen'.

- **Gebeurt het ook wel eens dat jullie het niet eens zijn met elkaar over de noden van een cliënt en wat gebeurt er dan?**

Dat gebeurt wel eens, dan blijven we met elkaar overleggen tot we een oplossing vinden. Men wil veel meer de zorg afstemmen op hetgene dat de cliënt wil. Hier gaan eigenlijk de meeste dilemma's over. Het kan dus dat de GGZ-partners onderling niet akkoord zijn, maar dan blijft men praten totdat men overeenstemming heeft gevonden. Wanneer echter hetgene dat de GGZ-partners nodig achten, niet overeenkomt met hetgene dat de cliënt wil, wordt het moeilijker. Zo kan bijvoorbeeld een psychiatrische patiënt geholpen zijn door het innemen van medicatie, maar dit helemaal niet willen.

Men moet met andere woorden de cliënt constant motiveren. De intrinsieke motivatie van de cliënten is heel belangrijk. Dit is hetgene waar men het meest op botst op de tafel van indicatiestelling.

Indicatiestelling:

- **Wat houdt indicatiestelling in?**
- **Wie doet deze indicatiestelling? (personen/diensten)**
- **Voor wie is deze indicatiestelling (cliënten)**
- **Wordt er hierover iets besproken op het 1B overleg?**
 - ➔ Niet van toepassing

Maatschappelijk werk:

- **Welke kerntaken van het maatschappelijk werk zou u op deze functie plakken? (uitleg kerntaken)**
 - Signaleren en beleidsgerichte werking : ik merk dat we op de tafel van indicatiestelling eerst rekening houden met de knelpunten in de maatschappij. Men houdt continue rekening met het beleid.
 - Vorming en onderzoek.
 - Rapportage.
 - Coördinatie van de zorg en hulpverlening.
 - Voorwaarde scheppende taken.

- **Is er veel maatschappelijk werk aanwezig binnen deze functie?**

Eigenlijk wel, maar het MW komt wel vanuit de gehele beroepsgroep en niet zo zeer enkel vanuit de MA's. Het zijn generalistische taken, maar die elk worden uitgevoerd door een persoon met zijn eigen bril op.

- **Denkt u dat het maatschappelijk werk een meerwaarde zou kunnen hebben binnen deze functie? Welke meerwaarde?**

Jazeker, een MA kijkt vanuit een cliëntgericht, maatschappelijk ondersteunende bril. De MA's kunnen de anderen laten rekening houden met 'de cliënt'. Men merkt bijvoorbeeld dat men soms zo aan het fantaseren is over de ideale hulpverlening en dan zou een MA aan de mouw kunnen trekken en bijvoorbeeld hen rekening laten houden met het financiële aspect, of het haalbaar is met hun werk,...

- **Welke taken denkt u dat het maatschappelijk werk nog meer zouden kunnen invullen binnen deze functie?**

Informatieverstrekking en vorming aan de eerstelijnsdiensten. MA's kennen de structuren van de GGZ, kennen ziektebeelden en kennen de cliëntpatronen. Doordat ze op een brede manier kijken en kennis hebben, zijn zij perfect geplaatst om anderen verder te kunnen helpen.

- **Wat denkt u dat er momenteel goed loopt binnen functie 1?**
 - Het hebben van een instrument om met complexe casussen om te gaan en op te lossen. Dit door een gezamenlijke aanpak. Men merkt hierdoor toch wel een aantal succeservaringen.
 - Men leert enorm veel van mekaar. Men komt in aanraking met andere werkingen, aanpakken en visies.

- **Wat denkt u dat er momenteel minder goed loopt binnen functie 1, zijn er knelpunten of werkpunten?**
 - Het vraagt een enorme inspanning van elke partner om elke maand iemand 2 uur vrij te maken. In het begin loopt dit goed en is iedereen gemotiveerd, maar de lust wordt nadien eerder een last.

- Ethische kwesties: Men gaat cliëntsituaties bespreken met partners waar de cliënt eigenlijk geen band mee heeft. We hebben dan in het begin proberen anoniem te vergaderen, maar dit werkte niet. Dan kwamen we bijvoorbeeld tot een behandeling in opname, terwijl achteraf bleek dat die persoon al een aantal keren in opname was geweest, maar dat dit niet de juiste aanpak is voor deze persoon. Dit komt dan voort doordat men niet wist wie de cliënt was, wanneer dit wel zo was, had het PZ die de opname verzorgde aan de alarmbel kunnen trekken.

Instroom, doorstroom:

- **Wanneer komt een cliënt op de overleg tafel terecht?**
Zie hierboven
- **Wat gebeurt er wanneer men oordeelt dat deze cliënt niet gaat worden behandeld door Reling?**
Dan wordt er een alternatief gezocht. 'Men kan nooit volledig neen zeggen! Men kan wel neen, maar Zeggen'.
- **Wie is er verantwoordelijk voor de cliënt?**
De aanmelder blijft verantwoordelijk totdat de cliënt ergens instroomt, dan verschuift de verantwoordelijkheid.
- **Waar komt de cliënt terecht wanneer men oordeelt dat dit iets voor Reling is?**
Zie hierboven
- **Waar komt de cliënt terecht wanneer men oordeelt dat dit niks voor Reling is?**
Zie hierboven
- **Wie verzorgt de toeleiding?**
Op de tafel wordt beslist wie (organisatie/dienst) er de hulpverlening voor zijn rekening gaat nemen. Het is dan deze organisatie/dienst die contact gaat opnemen met de cliënt.
- **Gebeurt het vaak dat cliënten terug worden aangemeld bij Reling nadat men heeft beslist om eerst gebruik te maken van een ander hulpaanbod?**
Dat gebeurt, maar zijn normale cijfers van herval.
- **Verloopt deze instroom, doorstroom goed of zijn er soms knelpunten?**
 - Er is een capaciteitstekort. Dit zowel in de inkom als in de uitkom. De volgende schakel in de keten zit vaak met capaciteitsproblemen. Hierdoor wordt de hulpverlening niet mooi aaneengeschakeld. Men wordt dus geconfronteerd met wachtlijsten. Men moet proberen

tussenoplossingen te zoeken. In uitzonderlijke gevallen moeten de diensten een overbrugging maken.

- Informatiedeling: We zitten vaak te werken met elektronische systemen die niet op elkaar zijn afgestemd waardoor men soms moeilijkheden ondervindt in het informatie verstrekken. Men wordt ook geconfronteerd met ethische kwesties zoals wat mag men meedelen en wat niet.

Doelstellingen:

- **Wat zijn jullie doelstellingen van het project Reling?**
 - Verzorgen van de continuïteit van de zorg en dienstverlening.
 - De patiënt centraal zetten. Men gaat dus veel meer vraaggestuurd dan aanbodgestuurd werken.
 - De mensen zo veel en zo lang mogelijk in de maatschappij laten functioneren.
- **Worden deze doelstellingen behaald?**

Dit is nog een beetje vroeg om te zeggen, men doet er alles aan zoals het uitbouwen van functies en projecten om ervoor te zorgen dat dit project slaagt. De eerste tekenen zijn in ieder geval positief. We zitten vandaag in de experimenteer fase. Hierdoor heeft men de ruimte om te kijken wat er goed loopt en wat er minder goed loopt. De overheid gaat hier in de toekomst lessen uit trekken en regels en afspraken formaliseren.
- **Tegen wanneer moeten deze doelstellingen worden behaald?**

/
- **Wat kan men nog meer doen om deze doelstellingen te behalen?**
 - Goed opvolgen wat loopt, en wat beter kan.
 - Capaciteitstekort wegwerken. Men gaat dit echter niet kunnen oplossen door het gebruik van een netwerk, maar enkel door het investeren van middelen.
- **Wat gebeurt er wanneer deze doelstellingen niet behaald zouden worden?**

Dan mislukt het experiment en zal de overheid ingrijpen. Dit is dan zeker een leerkans waaruit bleek wat werkt en wat niet.

Reling:

- **Wat denkt u dat er momenteel goed loopt binnen Reling? (organisatie/werking)**

Het overleggen en de doelmatigheid waarmee gewerkt wordt.
- **Wat denkt u dat momenteel niet zo goed loopt binnen Reling? (organisatie/werking)**

Hetgene dat goed loopt zorgt dan weer voor het probleem dat het overleggen en het doelmatig werken enorm tijdrovend is. Deze extra investering is niet vergoed. Dit vreet voor een stuk ook aan het garanderen van goede zorg.

- **Welke sterke punten zou u formuleren?**
 - Het hanteren van het brede consensusmodel.
 - Groei van de kennis omtrent de organisaties. Men leert elkaar beter kennen en respecteren.
 - Er worden concrete acties doorgevoerd zoals de mobiele teams, deze zijn toch wel succesvol.

- **Welke werkpunten zou u formuleren?**
 - Men zou moeten blijven zoeken naar een manier om de stem van de cliënt te laten horen in het beleid. Dit zou men misschien kunnen doen door het zoeken naar een patiëntenvereniging.
 - Men heeft nog een hele weg te gaan rond het herstelgeoriënteerd werken van de organisatie binnen Reling. Men moet met andere woorden stoppen met blind staren op de stelling 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. Een voorbeeld hiervan is dat men wel telkens opnieuw de symptomen van een depressie kan bestrijden, maar daarmee worden zijn sociale contacten nog niet hersteld.

- **Zou het maatschappelijk werk hier iets aan kunnen veranderen?**

Dat denk ik zeker wel. De MA kan de stem van de cliënt proberen te vertalen naar de GGZ-partners en de beleidsmakers.

Vragenlijst 2A team (functie 2A)

Functie 2A:

- **Wat houdt functie 2A in?**

Functie 2A houdt psychiatrische thuiszorg in wanneer de cliënt in een crisissituatie zit. Wij gaan gedurende 4 weken aan huis. Wanneer men niet over een crisis spreekt komen de cliënten terecht bij een andere dienst. Sommige cliënten zien we korter en minder, andere cliënten hebben dan weer een meer intensievere zorg nodig. Er zijn situaties waarbij we elke dag aan huis gaan, maar we proberen dit naarmate de 4 weken vorderen af te bouwen want er zijn geen andere diensten die elke dag aan huis gaan. Het zou dan anders na die 4 weken een te grote verandering zijn voor de cliënt.

Binnen onze werking proberen we zoveel mogelijk andere diensten te betrekken. Zo weten we waar we mee bezig zijn. Het is ook makkelijk dat we op voorhand inschatten welke hulp de cliënt nodig heeft na die 4 weken hulp zodat we doorheen deze 4 weken de dienst informeren zodat ze de cliënt zo gepast mogelijk kunnen opvangen.

We vinden het toch wel belangrijk dat we de familie ook betrekken in functie van de cliënt.

Binnen deze functie proberen wij een opname te voorkomen, maar soms kan men niet anders. Wanneer de cliënt hier vrijwillig mee instemt kan men op vrijwillige basis worden opgenomen, wanneer dit niet zo is moeten we overgaan tot collocatie.

2A team:

- **Wat is een 2A team?**

Zie hieronder en hierboven

- **Wat doet een 2A team?**

Verlenen van psychiatrische zorg in de thuissituatie. Het 1^{ste} huisbezoek doen we altijd met 2. Hierna houden we een briefing en wordt een afspraak gemaakt met dr. Bollen. Bij het 2^{de} huisbezoek wordt er een afspraak gemaakt met de psycholoog.

Op briefing wordt besproken welke informatie we tijdens de intake hebben bekomen. Op basis van deze informatie kunnen we de noden formuleren waarop we dan de zorg kunnen aanpassen. Er wordt gekeken welke collega het best de zorg voor zijn rekening kan nemen. Het kan dan echter wel eens voorvallen dat doorheen de 4 weken zorg er andere informatie en noden naar boven komen. Het is dan aan ons om hier verder op in te spelen.

Er wordt 2 maal dagelijks een briefing gehouden. 's Morgens overlopen we elke cliënt waarvan we denken dat dit nodig is. 's Middags overlopen we de intakes van die dag en wat er nog gedaan gaat worden na de briefing.

In het mate van het mogelijke proberen we altijd dezelfde collega naar een cliënt te sturen. Dit is aangenamer voor de cliënt, want men ziet dat een vertrouwensband opbouwen toch wel belangrijk is. Het is ten slotte ook maar 4 weken.

We proberen altijd zoveel mogelijk de cliënten te betrekken. Zo proberen we het behandelplan samen op te stellen. Dit verhoogt de kans op slagen.

We proberen hen zoveel mogelijk alles zelfstandig te laten uitvoeren. Dit doen we met het idee dat wij na 4 weken wegvallen en de cliënten dan toch nog een aantal dingen zelfstandig kunnen uitvoeren en functioneren. Dit verlaagt de kans op herval in een crisis.

- **Wie zit er in een 2A team?**

Ongeveer 10 mensen:

- Dr. Bollen: Psychiater
- Diensthoofd
- MA
- Psycholoog
- Psychiatrisch verpleegkundige

Cliënten:

- **Welke soort cliënteel kan er bij jullie terecht?**

Iedereen met een psychiatrische problematiek die in een crisis zit. Wanneer men echter ziet dat dit een chronische cliënt is die nu momenteel in crisis zit, zoeken we een partner die deze crisis kan opvangen.

Het valt ons op dat de cliënten van het 2A team vaak nog een eigen inkomen, dus werk hebben. Ze zitten op dat moment in een crisis, maar buiten deze crisis kunnen ze wel nog goed functioneren, gaan ze werken en hebben ze toch wel een sociaal netwerk en een invulling van hun vrije tijd. Dit is vaak niet zo bij cliënten van het 2B team. Hier komen de chronische psychiatrische patiënten terecht, waarbij men kan zien dat ze vaak leven van een vervangingsinkomen, geen werk hebben en een beperkt sociaal netwerk.

We werken ook wel met partner en kind wanneer zij vragen hebben. Wanneer de partner vragen zou hebben gaan we wel altijd samen met de cliënt een gesprek voeren. Wanneer dit de kinderen zou beïnvloeden is dit een ander verhaal. Dan zouden we eventueel wel een apart gesprek kunnen houden met het kind. We doen dit dan zonder de cliënt omdat het kind anders misschien belemmert wordt om te zeggen wat het wil.

- **Hoe vaak zien jullie de cliënten?**

Wij zien de cliënten maximum 4 weken. Het aantal keren per week dat we op gesprek gaan is zeer afhankelijk van de situatie en de cliënt. Sommige zien we dagelijks, sommige 1 keer per week. Meestal hebben we een gemiddeld aantal gesprekken van 2 à 3 keer per week. Soms is het moeilijk om meteen op gesprek te gaan wanneer cliënten bellen doordat we bijvoorbeeld net bij een andere cliënt zijn, dan kunnen we proberen dit door telefonisch contact te overbruggen. In zeer uitzonderlijk gevallen gaan we 2 keer per dag aan huis. Dit is tot nu toe maar 1 keer gebeurd en dat was een zeer schrijnende thuissituatie waarbij er kinderen waren betrokken.

- **Hoelang duurt een (gemiddeld) hulpverleningstraject?**

Is eigenlijk moeilijk te zeggen, dit is zeer afhankelijk van situatie en cliënt.

- **Zijn er voorwaarden waaraan de cliënten moeten voldoen om terecht te kunnen binnen een 2A team?**

Ja

- **Zo ja, welke voorwaarden?**

- Cliënt moet vrijwillig willen meewerken.
- Aanmelding **moet** door een arts gebeuren. (huisarts, psychiater).
- Leeftijdsvoorwaarden: 16-65 (In praktijk eigenlijk pas vanaf 18, we hebben een overeenkomst met de K-dienst van Asster waar we onder de 18 jaar naar doorverwijzen).
- Je moet binnen de regio vallen.
- Je moet een psychiatrische problematiek hebben en in crisis zitten.
- Men moet de veiligheid van de hulpverleners kunnen garanderen.
- We begeleiden geen mensen die onder invloed van alcohol of drugs zijn. Het gaat dan niet over het feit dat ze gebruiken, maar ze mogen gewoon niet onder invloed zijn op het moment dat we op gesprek komen.

→ Men doet wel altijd een intake tenzij leeftijd en regio niet kloppen. Dan kunnen we een betere inschatting maken en ervoor zorgen dat er geen mensen door de mazen van het net vallen.

- **Indien van toepassing: Wat vindt u van deze voorwaarden?**

- Moeite met leeftijdsvoorwaarden, ik snap wel dat er een afbakening moet komen, maar soms is het niet zo makkelijk af te bakenen. Dat hangt echt van persoon tot persoon af en dan vind ik het soms wel wat moeilijk dat er sommige personen door de leeftijdsvoorwaarden niet de meest geschikte hulp krijgen.
- Ik heb ook problemen met de regio, ik vind de regio te groot. De regio is eigenlijk een beetje onlogisch opgesteld. Er zijn regio's waar ik in principe bijna door rijd wanneer ik op huisbezoek ga die er niet bij horen, terwijl er dan andere plaatsen zijn waar ik soms 45 minuten voor moet rijden. Wanneer een persoon in crisis zit

is dit echt wel lang rijden om er te geraken. De reistijd neemt een grote hap uit de tijd die we krijgen. Dit is trouwens ook niet goed wanneer er een andere cliënt belt. Het duurt dan ook weer langer vooraleer we hulp kunnen bieden aan anderen.

- Ik vind de voorwaarde dat de cliënt vrijwillig de hulp moet willen wel heel goed. Ze moeten zelf akkoord gaan. Dit zegt veel over wat er ons te wachten staat. Dit geeft aan dat de cliënten toch wel gemotiveerd zijn om eraan te werken. Het zegt ook veel over de veiligheid voor de hulpverleners van het 2A team. Men wordt meestal echt verwelkomt door de cliënten die er echt wel iets willen aan doen.

- **Zijn er cliënten die dan niet bij jullie terecht kunnen?**

In principe kan iedereen bij ons terecht die een psychiatrische problematiek heeft en in crisis zit. Er zijn echter een aantal cliënten die uit de boot vallen. Dit zijn:

- Cliënten die buiten de regio vallen.
- Cliënten die buiten de leeftijdscategorie vallen.
- Cliënten die wel geholpen zouden kunnen worden door het 2A team, maar geen hulp willen.
- Cliënten die niet in een crisis zitten.
- Cliënten waarbij de situatie te ernstig is en waarbij een opname noodzakelijk is.

- **Waar komen de cliënten terecht wanneer ze niet bij jullie terecht kunnen?**

Cliënten kunnen op diverse plaatsen terecht:

- Opname PZ (Vb. Asster).
- Ziekenhuis, wanneer er bijvoorbeeld ook heel veel lichamelijke klachten zijn.
- Doorverwijzen naar een ander mobiel team in de regio.
- Andere diensten van de GGZ.

- **Van waar komen de cliënten die bij jullie terecht komen?**

In principe van overal waar een dokter zit, want er is een dokter nodig voor de aanmelding, dit kunnen zijn:

- Asster vb. Wanneer de cliënten vroeger uit opname kunnen komen, wanneer ze door het 2A team opgevolgd zouden worden
- Algemene ziekenhuizen
- CGG's – DAGG's
- Ambulante psychiaters
- Huisarts
- ...

- **Kan men vanuit 2A doorstromen naar 2B?**

Dat kan, maar gebeurt niet zo heel vaak. Dit komt doordat er bij de 2A teams vooral cliënten zitten die nog niet heel veel met psychiatrie te maken hebben gehad. Zij gaan bijvoorbeeld nog steeds werken. Ze zitten in een crisis, maar zodra ze hier uit

geraken kunnen ze weer normaal functioneren in de maatschappij. Bij 2B zijn het echt de chronische cliënten die het eigenlijk niet meer kunnen opbrengen om nog naar een ambulante dienst te komen waardoor er dan zorg gaat verleend worden in het thuismilieu. Men ziet toch wel zoals ik nog al eens heb gezegd een groot verschil in cliënteel van het 2A team en het 2B team.

- **Wie zorgt er voor de toeleiding?**

Ik heb al eens verteld dat tijdens een intake er altijd 2 hulpverleners samen op bezoek gaan. Deze 2 worden de PB en de co-PB genoemd. Deze staan eigenlijk een beetje in voor de opvolging van hoe alles verloopt en verder moet. Dit is dan vaak ook degene die de toeleiding verzorgt.

PB probeert nadien nog mee te zijn over de weg die de cliënt verder aflegt. Zo kan de PB naar een zorgoverleg gaan, bellen met een andere dienst waar de cliënt in begeleiding is,...

- **Gebeurt het ook wel eens dat jullie de 4 weken overschrijden?**

In principe zou dit niet mogen, maar het gebeurt wel eens wanneer we het gevoel hebben dat er nog net iets meer of net iets langer nodig is. Wanneer we weten dat als we de cliënt op dat moment loslaten deze gegarandeerd zou hervallen, maar met nog bijvoorbeeld 1 week extra we de doelstellingen zouden kunnen bereiken.

- **Wat vindt u van de 4 weken tijd die u krijgt? Vindt u dit genoeg tijd?**

Valt eigenlijk wel goed mee. Het is dan ook vooral de crisis die we opvangen, en een crisis duurt in principe geen 4 weken. Het betekent dan natuurlijk niet dat wanneer de crisis op gelost is, er geen problemen meer zijn. Er is nog altijd een problematiek, maar deze kan dan perfect door bijvoorbeeld een DAGG worden opgevangen.

Nadeel van deze 4 weken is dat na deze 4 weken er weeral andere hulpverleners in het beeld komen. Men heeft eigenlijk nog maar net een vertrouwensrelatie kunnen opbouwen, terwijl de cliënt dan alweer met andere mensen gaat worden geconfronteerd.

Je hoort vaak van de cliënten dat ze niet weer heel hun verhaal opnieuw willen vertellen. Daarom proberen we zoveel mogelijk informatie over te dragen door het 2A team aan de andere hulpverleners of dienst die de zorg gaan overnemen.

- **Wat gebeurt er nadat de hulpverlening die door 2A geboden wordt, afgerond wordt?**

- **Wie verzorgt deze toeleiding?**

/

- **heeft u een idee van de productiviteit van de werking?**

/

- **Vindt u het een goede werking?**

Ik denk dat het een hele goede werking is, vorig jaar hebben we 450 dossiers kunnen afronden en dit jaar zitten we al aan 120 dossiers. Dit zijn mensen die anders in Asster (PZ) terecht zouden zijn gekomen. In die zin hebben wij ervoor gezorgd dat deze mensen niet in opname terecht zijn gekomen. Onze dienstverlening is minder ingrijpend, ze kunnen blijven werken. Het is veel discreter, waardoor de drempel om hulp te zoeken veel lager ligt. Er wordt dus veel sneller naar hulp gezocht, waardoor het probleem ook niet meer zo escaleert.

- **Is er veel / weinig herval (cijfergegevens)?**

Heb ik geen cijfergegevens van, het gebeurt wel eens dat mensen terug in een crisis terecht komen, maar van de 450 dossiers die we vorig jaar hebben afgerond denk ik dat er dit jaar nog geen opnieuw zijn aangemeld bij ons.

- **Merkt u nog problemen in de toeleiding?**

Wachttijden zijn een heel groot probleem. We proberen zo snel mogelijk te ontdekken wat de cliënt nodig heeft nadat hij bij ons in begeleiding is geweest, zodat we hem al kunnen aanmelden. De 4 weken die wij bieden is dan eigenlijk een overbrugging naar de andere zorg. We zien echter dat dit ervoor zorgt dat de mensen hun motivatie sterk krimpt. Dit zorgt voor uitval bij de cliënten.

Men merkt bijvoorbeeld ook moeilijkheden in het plannen van een zorgoverleg. Meestal vindt dit plaats nadat de begeleiding bij ons al is gestopt.

Taken + maatschappelijk werk:

- **Welke taken voert iedereen uit?**

Iedereen gaat eigenlijk op huisbezoek (behalve psychiater en diensthoofd). Wij voeren gesprekken, verwijzen door, deelnemen aan een zorgoverleg, tafel van indicatiestelling, teamvergadering en briefings, opvolgen van hulpverleningstraject na afronding cliënt.

- **Heeft iedereen zijn eigen functie of lopen die wat door mekaar?**

Iedereen heeft zijn eigen functie, maar lopen toch wat door mekaar. Vb. psychiatrische verpleegkundigen proberen zich te specialiseren in problematiek zodat we bij een specifieke problematiek terecht kunnen bij één van deze mensen.

Iedereen doet gesprekken, de inhoud van deze gesprekken loopt ook wat door mekaar. Een MA kan bijvoorbeeld ook therapeutische gesprekken doen. Iedereen voert eigenlijk een beetje hetzelfde uit, maar er zit wel verscheidenheid wanneer het echt over specifieke taken gaat. Een psychologe gaat zich bijvoorbeeld bezig houden met diagnosestelling wat een MA niet kan. Een MA gaat dan weer heel veel kunnen bieden over de regelgeving op maatschappelijk vlak. Een MA gaat ook echt concrete

dienstverlening bieden zoals helpen met papieren invullen, werk zoeken, doorsturen,
...

Wij proberen de verantwoordelijkheid zo veel mogelijk bij de cliënt te leggen. We laten hem bijvoorbeeld zelf bellen om iets te regelen. Wanneer dit niet zou lukken kunnen we dan de afspraak maken dat de MA er langs gaat zitten of overneemt wanneer het niet zou lukken.

We proberen de cliënten zoveel mogelijk te laten functioneren in de maatschappij.

- **Welke taken voert een maatschappelijk werker uit binnen het 2A team?**
 - Het voeren van gesprekken. Deze kunnen therapeutisch zijn, maar vooral op maatschappelijk vlak.
 - Administratie: dossiers bijhouden, waardoor ze soms iets minder huisbezoeken doen 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.

- **Welke kerntaken van een maatschappelijk werker zou men kunnen plakken op de functies van een MA binnen het 2A team?**
 - Psychosociale hulpverlening
 - Concrete dienstverlening
 - Coördinatie van de zorg en dienstverlening.
 - Aanvragen van een overleg
 - Tafel van indicatiestelling
 - Preventie: In principe doen we dit met het hele team, dus niet enkel een MA.
 - Opname voorkomen
 - Zorgen dat situatie niet verder escaleert
 - Via psycho-educatie
 - Onderzoek en rapportage
 - naar andere diensten
 - naar de overheid. Wij zijn namelijk een project en de overheid wil graag een aantal gegevens waaruit blijkt hoe alles loopt.
 - Signaleren en beleidsgericht werken
 - door project, rapporteren naar overheid
 - Opleiding en vorming
 - in de vorm van psycho-educatie. Dit zowel voor de gezinsleden als voor hunzelf.
 - De medewerkers van 2A leren voortdurend bij van elkaar of door het volgen van opleidingen.

Zo houden we ook een equipevergadering. Dit is een vergadering onder de teamleden waarbij we nagaan hoe alles loopt en waar er afspraken gemaakt worden. Dit is dan niet rechtstreeks cliëntgebonden.

We houden elke week een uur intervisie of supervisie. Hierbinnen kunnen we moeilijke casussen bespreken. Het gaat hier vooral over op welke moeilijkheden de hulpverleners voor zichzelf botsen en hoe ze hiermee kunnen omgaan.

Om de week is er dan ook een uurtje opleiding voorzien, zo is er een dokter uit een PZ een sessie over de borderline problematiek komen geven.

- **Voorwaarde scheppende taken**
Doordat men aan huis gaat, krijgt men al snel een zicht op wat er nog meer nodig is aan hulpverlening. Men heeft ook sneller door wat er klopt in het verhaal dat mensen vertellen. Bijvoorbeeld wanneer een cliënt op een DAGG komt vertellen dat ze graag in haar tuin werkt, dan is dat zo. Wij hebben al eens voorgehad dat we bij iemand langgingen die vertelde dat ze graag in haar tuin werkte, maar de tuin lag er helemaal onderkomen bij. Dit kunnen we dan terugkoppelen. Hulpverlening aan huis bieden heeft dus niet enkel voor de cliënt een meerwaarde, maar kan zeker ook voor de hulpverleners een meerwaarde bieden.
- **Hoe loopt het uitvoeren van de taken van de werknemers?**
/
- **Hoe loopt het uitvoeren van het maatschappelijk werk?**
Dit loopt over het algemeen allemaal heel goed. Men kan de vragen of dingen waarmee men zit goed bespreken met de andere collega's. We zijn een ondersteunend, hecht team. Dit zorgt ervoor dat het beste in iedereen naar boven komt.
- **Eigen mening: Vindt u dat het maatschappelijk werk een meerwaarde heeft binnen deze functie?**
Ja zeker, wanneer mensen bijvoorbeeld in de problemen zitten met hun papierwerk moet een MA hen hierin begeleiden. De collega's kennen hier niets van en kunnen hen hier dan ook niet mee verder helpen.

Ik merk vaak dat mensen met heel wat zorgen geconfronteerd worden. Een MA kan heel concreet aan een probleem werken waardoor de cliënten voor een stuk gerustgesteld worden. Dit brengt dan met zich mee dat ze makkelijker aan de andere problemen zoals hun psychiatrische problematiek kunnen werken. Waardoor alles makkelijker en sneller verloopt. Het is dus wel zo dat problemen op maatschappelijk vlak, de psychiatrische problematiek mee in handen kunnen werken.

Een Ma moet de sociale kaart goed kennen. Hierdoor kan een MA de cliënt snel en efficiënt doorverwijzen. Het snelle en efficiënt doorverwijzen is in onze sector toch wel heel belangrijk. Op deze manier kunnen we ervoor zorgen dat het psychisch probleem niet escaleert en een opname voorkomen kan worden.

- **Welke meerwaarde heeft het maatschappelijk werk binnen deze functie?**

Zie vorige vraag

- **Ervaart u belemmeringen in het uitvoeren van het maatschappelijk werk?**

Het is soms moeilijk om prioriteiten te stellen op het gebied van maatschappelijk werk. We hebben maar 4 weken en het is de bedoeling dat we de crisis opvangen. Het is echter soms moeilijk om binnen deze 4 weken alles te regelen op gebied van MW. Zo is het bijvoorbeeld soms moeilijk om mensen binnen de 4 weken te helpen zoeken naar werk. Het is met andere woorden soms moeilijk door de korte tijd om sommige taken uit te voeren.

Dit maakt het dan moeilijk om los te laten. Je bent ergens mee begonnen en wilt dit ook afmaken.

Ik merk dat ik hierdoor soms gewoon niet begin aan een bepaald onderwerp/taak omdat ik op voorhand weet dat ik dat onmogelijk binnen de 4 weken kan hebben opgelost. Dit is natuurlijk niet fijn voor de cliënt, want deze blijft met het probleem zitten.

- **Zijn er knelpunten waarop u botst door de organisatie van het project Reling (van hogerop)?**

Dit valt eigenlijk goed mee,

- het gaat hier dan eerder over de praktische dingen zoals de locatie waar de gevestigd zijn. We hebben heel weinig ruimte.
- Men kan niet veel nieuws proberen doordat het een project is.
- Het is een project waar zeer veel GGZ-parnters zijn in mee gestapt, dit zorgt ervoor dat we ons niet moeten verantwoorden t.o.v. 1 baas, maar t.o.v. meerdere bazen.
- Doordat de regio te groot is, ervaren we toch wel tijdsverlies.

- **Wanneer u een algemene definitie zou kunnen geven over hoe alles loopt; wat zou u dan zeggen?**

Alles verloopt soepel en vlot. Het team is een zeer ondersteunend team en de werking van binnen functie 2A loopt vlot. Enkel de praktische regelingen maken het soms moeilijker om onze taken uit te voeren.

- **Zou er nog meer maatschappelijk werk kunnen worden geïntegreerd.**
- **Wat zou er dan nog meer kunnen?**

Op het eerste zicht denk ik dat er voldoende maatschappelijk werk binnen deze functie aanwezig is.

Ik zou in het begin wel wat meer maatschappelijk werk hebben geïntegreerd. Nu beginnen andere organisaties, Reling steeds beter te kennen, maar dit was helemaal niet zo in het begin. Op dat moment en misschien zelfs nu zou een maatschappelijk assistent op verschillende vergaderingen of overleggen kunnen duidelijk gaan maken waarvoor Reling staat.

- **Is er een teamvergadering waarbij jullie overleggen over de cliënten?**

Ja we houden briefings, intervisies en supervisies, besprekingen dingen onderling,...

- **Welke rol kan de MA daar innemen?**

Een MA kan even aan de mouwen trekken van de collega's en hen meer het inzicht geven dat achter de cliënt, nog een persoon zit en dat er ook rekening moet worden gehouden met verschillende levensdomeinen, mogelijkheden en noden van deze persoon.

Doelstellingen:

- **Wat zijn jullie doelstelling binnen het project Reling**

- Voorkomen dat mensen moeten worden opgenomen.
- Drempel verlagen door aan huis te gaan en doordat het gratis is.
- Mensen uit hun crisis halen.
- Min. 30 cliënten per maand verder helpen.
- Binnen de 16 uur na aanmelding op huisbezoek zijn gegaan.
- ...

- **Worden deze doelstellingen behaald?**

Over het algemeen wel, sommige zijn moeilijker te behalen dan anderen. Zo hebben wij het niet in de hand hoeveel aanmeldingen we per maand krijgen.

Het is soms ook moeilijk om binnen de 16 uur op huisbezoek te gaan. Dit kan doordat de cliënten zelf afzeggen of doordat het moeilijk in onze agenda's past.

- **Tegen wanneer moeten deze doelstellingen worden behaald?**

/

- **Wat kan men nog meer doen om deze doelstellingen te behalen?**

Zie hierboven

- **Wat gebeurt er wanneer deze doelstellingen niet behaald zouden worden?**

De overheid zou het project misschien op een andere manier kunnen bekijken, maar ik denk niet dat ze het project zouden opdoeken, daarvoor heeft het te veel succes.

Algemeen: Wat vindt u van het project Reling?

Ik vind het een heel goed project.

- Het is heel drempelverlagend.
- Het is veel discreter.
- Mensen gaan sneller hulp zoeken.
- Waardoor het probleem minder snel escaleert.
- Het is veel minder ingrijpend.
- Men kan blijven functioneren in de maatschappij.
- Hierdoor zijn er minder gevolgen voor sociale contacten, werk,...
- Doordat men aan huis gaat krijgt men een veel beter zicht over hoe alles eraan toe gaat. Dit maakt goede service mogelijk.

Vragenlijst 2B team (functie 2B)

Functie 2B:

- **Wat houdt functie 2B in?**

Het inbouwen van een mobiel team dat chronische psychiatrische problemen gaat aanpakken, dit door aan huis te gaan.

Wij werken met de FACT-methodiek. Dit houdt in dat een multidisciplinair team, mensen in een crisis.

We hebben ook een FACT-Bord: dit houdt in dat we 3 keer per week gaan bespreken welke interventies we gaan doen bij de cliënten. Op dit bord staan vooral de cliënten waarvan we denken dat het echt nodig is te bekijken.

2B team:

- **Wat is een 2B team?**

Dit is een multidisciplinair team:

- Psychiater
- Psychologe
- Ma's
- Psychiatrisch verpleegkundige
- Opvoedster

- We proberen ervoor te zorgen dat men elke discipline optimaal benut zodat we een 'totaal begeleiding' kunnen doen.

Per cliënt stellen we één houvast begeleider en één andere begeleider aan.

We proberen bij de opstart van de begeleiding altijd te kijken wat er het meest nodig is. Dit betekent natuurlijk niet dat er geen andere begeleiders kunnen worden ingeschakeld wanneer dit nodig zou zijn.

- **Wat doet een 2B team?**

Per cliënt worden er bij de opstart een aantal doelstellingen opgesteld. We gaan kijken welke hulpverlener het best bij de cliënt en de te behalen doelstellingen aansluit.

We willen heel erg vraaggericht te werk gaan. We gaan samen met de cliënten in kaart brengen waar men naar toe wil werken en wat men wil bereiken. Dit gebeurde vroeger veel te weinig, waardoor de kans op slagen minder was en de kans op herval groter was.

Sommige cliënten willen echter niet altijd even goed meewerken. Bij hen moeten we dan toch wel voor een stuk aan bemoeizorg doen. We proberen hen doormiddel van psycho-educatie te overtuigen en te motiveren. Dit is toch wel een moeilijkere doelgroep.

- **Wie zit er in een 2B team?**

Zie vraag 2

Cliënten:

- **Welke soort cliënteel kan er bij jullie terecht?**

Mensen met een chronische psychiatrische problematiek en die een uitval hebben op verschillende levensdomeinen.

In principe zijn er wel mensen met een aantal specifieke problematieken zoals bijvoorbeeld een persoonlijkheidsstoornis die we niet behandelen. In de praktijk gebeurt dit echter wel. We bekijken eigenlijk elke cliënt als een individu en we gaan uit van de getrapte zorg. Dit betekent dat we gaan kijken naar welk niveau van zorg de problematiek kan opvolgen en we willen graag kiezen voor de minst ingrijpende gebeurtenis.

- **Hoe vaak zien jullie de cliënten?**

Dit is verschillend bij elke cliënt. In de opstart is het normaal dat we de cliënten wekelijks zien om een vertrouwensband te kunnen opbouwen. Nadien kunnen we dat afbouwen. In crisissituaties kan het zijn dat we dagelijks aan huis gaan. Daarom gebruiken we het FACT-bord.

- **Hoelang duurt een (gemiddeld) hulpverleningstraject?**

Dit is ook weer erg afhankelijk van de situatie. Soms is er binnen een jaar een afronding, maar dat is sterk afhankelijk van de problematiek. Er staat echter geen maximum duur op de begeleiding.

- **Zijn er voorwaarden waaraan de cliënten moeten voldoen om terecht te kunnen binnen een 2B team?**

ja

- **Zo ja, welke voorwaarden?**

- Het hebben van een psychiatrische problematiek
geen personen met een mentale handicap
wanneer er twijfels zijn hieromtrent wordt dit op de tafel van indicatiestelling bekeken.
- Leeftijd
- Binnen de regio hier merk ik soms toch wel problemen op. Zo zijn er regio's in Limburg waar er geen mobiel B team komt en zijn er dan andere waar 2 mobiele teams komen. Hierdoor vallen er soms toch nog cliënten zonder onze hulp.
- Inclusievoorwaarden:
er moet een uitval zijn op verschillende levensdomeinen

het moet gaan om een chronische problematiek.

De inclusiecriteria zijn wel streng, dit om wachtlijsten te voorkomen.

- **Indien van toepassing: Wat vindt u van deze voorwaarden?**

Ik vind de inclusievoorwaarden wel streng, maar vind dit dan ook wel goed. Hierdoor kunnen we proberen een wachtlijst te voorkomen waardoor we ons volledig kunnen focussen op de cliënten die in begeleiding zijn. Hierdoor kunnen we intensievere hulp bieden en kan men proberen de doelstellingen te behalen. Dit zou niet zo zijn wanneer we te veel mensen zouden toelaten bij ons in begeleiding te komen.

Ik vind dat de regio niet goed is afgebakend: zie hierboven uitleg.

- **Zijn er cliënten die dan niet bij jullie terecht kunnen?**

Ja, wanneer ze niet voldoen aan bovenstaande voorwaarden. Wanneer we echt twijfelen brengen we deze cliënten naar voor tijdens de tafel van indicatiestelling.

- **Waar komen de cliënten terecht wanneer ze niet bij jullie terecht kunnen?**

Dit kan bij andere ambulante diensten zoals het DAGG, CGG, ... maar ook bij een psychiatrisch ziekenhuis zoals Asster. Soms komen cliënten ook terecht bij een ander mobiel B team doordat ze bijvoorbeeld verhuizen. Ze kunnen ook altijd terecht bij een huisarts.

- **Van waar komen de cliënten die bij jullie terecht komen?**

Dit kan eigenlijk van overal zijn wanneer de diensten denken dat de cliënt daarbij gebaat zou zijn.

- **Kan men vanuit 2A doorstromen naar 2B?**

Ja dit kan, maar gebeurt niet zo heel vaak. Hiervoor en voor de huisarts hebben we een verkorte aanmeldingsprocedure. Er is een verkorte aanmeldingsprocedure gekomen omdat de gewone aanmeldingsprocedure wel omslachtig is en er sommige mensen niet zo veel tijd hebben of kennis hebben om hierop in te gaan. Dit betekent wel dat er meer werk is voor ons waardoor de aanmelding minder snel verloopt.

Verloop gewone aanmelding:

- Er komt een aanvraag binnen
- Deze wordt woensdag op het intake team besproken
- Indien men meer informatie nodig heeft, neemt men contact op met de verwijzer

- Er wordt een kennismakingsgesprek ingeplant. Bij dit kennismakingsgesprek wordt er kennis gemaakt met elkaar, wordt er gekeken wat er nodig is en wordt er informatie meegegeven aan de cliënt.
- Op het volgende team wordt er dan beslist wie er de begeleiding het best verder zet.
- De hulpverlening gaat verder

- **Wie zorgt er voor de toeleiding?**

Meestal zijn dit de vaste begeleiders.

- **Wat gebeurt er nadat de hulpverlening die door 2B geboden wordt, afgerond wordt?**

Men gaat dan bekijken wat er nodig is en aan de hand van de noden gaan we de cliënt verder sturen naar een andere dienst.

Het kan ook zijn dat het gebeurt dat er net meer nodig is dan wat het 2B team kan bieden bijvoorbeeld een opname. Het kan dan zijn dat de cliënten na de opname terug bij ons in begeleiding komen of dat er iets anders nodig is zoals bijvoorbeeld beschut wonen.

We proberen altijd 'positief af te ronden' hierbij bedoel ik ervoor zorgen dat de cliënt na de afronding bij ons niet aan hun lot worden overgelaten. We bedoelen dus zorgen voor een netwerk waar de cliënt altijd kan op terug vallen.

Het kan wel eens voorkomen dat de afronding gebeurt doordat de patiënt zich bijvoorbeeld veelvuldig niet houdt aan de regels en we op zo een manier niet aan hulpverlening kunnen doen.

- **Wie verzorgt deze toeleiding?**

De persoon die de begeleiding verzorgt. Meestal iemand van het duo. Eventueel de Houvastbegeleider.

- **heeft u een idee van de productiviteit van de werking?**

Ik heb toch wel het idee dat het goed loopt, we zijn nu ongeveer 2 jaar bezig en er is nog altijd geen wachtlijst bij ons. De instroom loopt goed.

We gaan doelstellingsgericht te werk. Hierdoor verloopt de doorstroom en uitstroom ook vlot. Doordat men doelstellingen opstelt weet men waar men naar toe wil, wanneer de doelstellingen bereikt zijn kan men verder doorstromen of uitstromen naar de juiste dienstverlening.

Door de FACT-methodiek kunnen we eigenlijk beter inspelen op de noden van de psychiatrische patiënten.

We kunnen ervoor zorgen dat de opnames drastisch omlaag gaan. En indien er toch een opname nodig is zien we dat deze van kortere duur zijn. = positieve punten

De mobiele teams bereiken mensen die anders niet bereikt zouden worden doordat ze misschien niet in opname terecht konden, maar ook niet stabiel genoeg zijn om zelf 'naar' een ambulante dienst te stappen.

- **Bestond er vroeger dan niet zoiets als thuiszorg?**

Jawel, dit was voor onze regio de organisatie Stipt. Deze deed aan psychiatrische thuiszorg, maar de hoofdpdracht was eigenlijk mensen die uit opname kwamen te ondersteunen en te begeleiden. Ten tweede deden zij vooral sensibiliseren en coachen van de eerste lijnsdiensten. Je kan zien dat dit toch wel andere hoofdtaken zijn dan de mobiele B teams nu hebben. De middelen van Stipt zijn opgenomen binnen de 2B teams.

- **Vindt u het een goede werking?**

Zie hierboven

- **Is er veel / weinig herval (cijfergegevens)?**

/

- **Merkt u nog problemen in de toeleiding?**

Ja, ik vind de wachtlijsten een heel groot probleem. We proberen dan op een laag frequent niveau de periode van de wachtlijst te overbruggen. We proberen dan het tempo van de andere diensten aan te nemen.

Taken + maatschappelijk werk:

- **Welke taken voert iedereen uit?**

De houvast begeleider en de duobegeleider doen aan een totaal begeleiding.

- **Heeft iedereen zijn eigen functie of lopen die wat door mekaar?**

Lopen wat door mekaar. Psychologe is extra verantwoordelijk bij elke intake procedure, want dan moet er wel duidelijk worden wat er aan de hand is. De psychiater heeft dan ook weer zijn specifieke rol. De teamleider staat vooral in voor het organisatorische deel.

- **Welke taken voert een maatschappelijk werker uit binnen het 2B team?**

Een maatschappelijk werker biedt altijd zorg op maat!! Dit kan wel heel divers zijn. Ik merk op dat er vaak problemen zijn op verschillende levensdomeinen wat we dan

verder gaan uitklaren. De MA's moeten kijken wat er nodig is en gaan zoveel mogelijk gebruik maken van reguliere diensten. Ma's hebben best een grote kennis van de sociale kaart waardoor ze het best kunnen inschatten waar de cliënt zeker de gepaste hulp zal krijgen.

Ze zorgen ook dat de rest van het team up to date blijft met procedures, wetgeving,...

Ma's binnen dit team volgen ook af en toe opleidingen en vormingen, dit koppelen ze dan achteraf terug naar het team. Hierbij worden ze dan ook soms coachen van het team.

We gaan bij de cliënten langs en proberen hun zoveel mogelijk wegwijs te maken in het enorm kluwen van hulpverlening. Dit is soms angstaanjagend en we proberen hen dan op hun gemak te laten voelen.

Wanneer ik weinig tijd heb, maar er heeft een cliënt toch hulp nodig die door een Ma zou moeten worden geboden, zou ik kunnen uitleggen aan mijn collega wat er nodig is en dat die dat koppelt naar de cliënt. Meestal plannen we dan echter gewoon een extra gesprek, waarbij er een Ma langs gaat bij de cliënt.

We bepalen de doelstellingen samen met de cliënt, dit zorgt ervoor dat de kans op slagen zeker verhoogt. Soms is het echter moeilijk omdat wij dan wel weten wat het beste is voor de cliënt, maar deze dat niet wil accepteren. We gaan dan wel eens aan bemoeizorg moeten doen, er is dan een dunne lijn waardoor het soms ethisch een moeilijke keuze wordt.

- **Welke kerntaken van een maatschappelijk werker zou men kunnen plakken op de functies van een MA binnen het 2B team?**
 - Psychosociale hulpverlening
hierbij gaat het vooral om motivationele gesprekken om de cliënt te motiveren.
gedragstherapeutische gesprekken
psycho-educatie
 - Concrete dienstverlening
 - Informatieve dienstverlening en advies: Dit is toch wel een hele belangrijke, bijvoorbeeld uitleg geven bij het aanvragen van uitkeringen,...
 - Bemiddeling toeleiding: zowel naar andere diensten als tussen familieleden.
 - Onderzoek en rapportage: Op de tafel van indicatiestelling, maar ook onderling zodat we weten waar we ons aan kunnen verwachten.
 - Algemene preventie: op het individuele niveau bijvoorbeeld het financiële stukje bekijken.
 - Signalering en beleidsgerichte werking: naar andere diensten om bijvoorbeeld samen te zitten om knelpuntdossiers te bespreken.

- Tegengaan van stereotypering!!!
- Coördinatie van de zorg en dienstverlening: de houvastbegeleider als spilfiguur. Zorgt ervoor dat er afspraken worden gemaakt, ook met de eerste lijn.
- Opleiding en vorming
- Naar cliënten: een herstelgerichte visie hanteren: cliënten hun vaardigheden verbeteren waardoor ze beter in de maatschappij kunnen functioneren.
- Hulpverleners: zorgen dat ze zelf op de hoogte blijven van alles en dit terugkoppelen naar de collega's toe.
- Voorwaarde scheppende taken: ervoor zorgen dat je deskundigheid op peil blijft proberen wij zeker ook te doen. Zo houden we bijvoorbeeld 1 keer per maand een intervisie waarbij we ons persoonlijk stukje bespreken waar we in vast lopen. Dit is eigenlijk voor een stuk een persoonlijke reflectie.
- Ontwikkelingen in de maatschappij doorgeven.
- Zowel goed kunnen samenwerken met professionele partners (diensten) als met sociale partners (familie).

- **Hoe loopt het uitvoeren van de taken van de werknemers?**

Loopt goed, het werkt. Het contact tussen de collega's is goed. We zijn een ondersteunend team en er is een groot vertrouwen onderling. We kunnen goed afspraken maken en iedereen respecteert elkaar en heeft een open visie.

We hebben 3 keer per week briefing en 1 keer per week teamvergadering. Het is nodig om veel te vergaderen, maar daardoor is er ook wel een intensieve samenwerking nodig. In het begin hebben we dan ook vaak samen kennismaking met de cliënten gedaan zodat we eigenlijk ook elkaar een beetje leerden kennen en de stijl van handelen leerden kennen.

- **Hoe loopt het uitvoeren van het maatschappelijk werk?**

Zie hierboven

- **Eigen mening: Vindt u dat het maatschappelijk werk een meerwaarde heeft binnen deze functie?,**

Zeker en vast. Volgens mij kan men een MA niet wegdenken binnen een team zoals dit. We zien dat personen uit onze doelgroep vaak problemen hebben op verschillende domeinen. De maatschappelijke domeinen lopen door elkaar en er ontstaan psychische problemen. Psychische problemen zijn er waardoor er maatschappelijke problemen ontstaan. Het is vaak een vicieuze cirkel waar alles invloed op mekaar heeft. Om deze cirkel te kunnen doorbreken is het belangrijk dat verschillende discipline samenwerken.

Het is belangrijk om aan de collega's duidelijk te maken dat er nog een 'persoon' achter de cliënt zit. Soms houden ze geen rekening met de alledaagse aspecten, maar

het zijn net deze dingen die ook niet altijd goed gaan bij deze cliënten, bijvoorbeeld het financiële aspect of de sociale contacten van de cliënt.

- **Welke meerwaarde heeft het maatschappelijk werk binnen deze functie?**
Zie hierboven
- **Ervaart u belemmeringen in het uitvoeren van het maatschappelijk werk?**

Neen niet echt, de collega's weten het zeker toch wel te appreciëren.

Het enige dat soms wel moeilijk is dat we van 'veel' op de hoogte moeten zijn. We moeten heel ruim kunnen kijken en over elk domein wel iets weten. Soms wel moeilijk om van alles op te hoogte te kunnen blijven.

- **Zijn er knelpunten waarop u botst door de organisatie van het project Reling (van hogerop)?**

Ja, soms krijgen we nog wat weinig mogelijkheden om opname voorkomend te werken. In Nederland werken ze bijvoorbeeld met een open skypesysteem. Wanneer de cliënt dan een probleem heeft, maar we kunnen er niet meteen geraken kunnen we even skypen waardoor het ergste hierdoor kan worden opgevangen. Dit zijn innoverende ideeën, maar we krijgen helaas niet de middelen om op deze manier te werk te gaan.

- **Wanneer u een algemene definitie zou kunnen geven over hoe alles loopt; wat zou u dan zeggen?**

Dat het wel goed loopt, we zijn een multidisciplinair team die chronische patiënten opvangen die uitval op verschillende levensdomeinen ervaren. We gaan deze hulp bieden in de thuissituatie waardoor we proberen een opname te voorkomen.

Ik denk dat we hier toch wel in lijken te slagen. = positieve punten

- **Zou er nog meer maatschappelijk werk kunnen worden geïntegreerd.**
- **Wat zou er dan nog meer kunnen?**

Ja, ons team is goed, maar het zou misschien handig zijn als er wat meer MA's zouden bijkomen. Ik heb net aangehaald dat het soms moeilijk is om van 'alles' wat er in de maatschappij gebeurt op de hoogte te zijn. Wanneer er meer MA's zouden zijn zouden we ons eigenlijk kunnen specialiseren in bepaalde onderwerpen.

- **Is er een teamvergadering waarbij jullie overleggen over de cliënten?**

Ja

- **Welke rol kan de MA daar innemen?**

De rol van totaalbegeleider. Men kan hetgene dat men heeft geleerd tijdens de opleiding inbrengen, maar ook door ervaring op te bouwen en kennis te hebben over 'cliënten' kan je ook eens aan de mouw trekken van de andere hulpverleners en zeggen 'he, heb je daar wel rekening mee gehouden.'

Doelstellingen:

- **Wat zijn jullie doelstelling binnen het project Reling?**

- Mensen begeleiden in de thuissituatie die voldoen aan de inclusiecriteria.
- Mensen hun vaardigheden zo goed mogelijk ontwikkelen waardoor ze beter in de maatschappij kunnen functioneren.
- Vraaggericht werken.
- Doelstellingen formuleren en a.d.h.v. deze doelstelling een behandelplan opstellen.
- Vanuit overheid: besparingsopdracht = minder opnames = minder bedden = minder kosten.

- **Worden deze doelstellingen behaald?**

Grotendeels wel, de overheid wil een registratieplatform opstellen waarop we onze resultaten moeten ingeven. Hier komen dan eigenlijk de basiscijfergegevens op te staan waar de overheid zijn conclusies kan uit trekken. Bestaat nog niet, maar overheid wil dit platform wel.

- **Tegen wanneer moeten deze doelstellingen worden behaald?**

Is eigenlijk niet heel duidelijk, op het laatste van dit jaar wordt het geloof ik opnieuw geëvalueerd.

- **Wat kan men nog meer doen om deze doelstellingen te behalen?**

Zorgen voor een nog betere communicatie. Ons nog beter duiden tijdens vergadering. En duidelijk maken dat we bestaan en dat daardoor opname kan voorkomen worden of korter kan worden.

Vb. opname in PZ, men is psychisch goed, maar men gaat nog niet naar huis omdat men op de andere levensdomeinen nog niet goed zit en dat de kans op herval dan te groot is. Wij kunnen hier dan een grote rol in spelen. Laat die persoon maar naar huis komen en wij zullen dan wel werken aan de andere domeinen.

Concreet bedoel ik eigenlijk dat we ervoor moeten zorgen dat de andere diensten er zich van bewust worden dat men iemand niet onnodig in opname moet sturen.

- **Wat gebeurt er wanneer deze doelstellingen niet behaald zouden worden?**

Valt moeilijk te zeggen, de overheid zal beslissen, maar ik denk niet dat ze het project zouden afschaffen, want daarvoor hebben we te veel goede resultaten.

Algemeen: Wat vindt u van het project Reling?

Ik ben er heel content van en vind dat het een echte meerwaarde heeft voor patiënten en het GGZ-landschap.

Ik ben ervan overtuigd dat men problemen moet aanpakken in de situatie waar de problemen zich bevinden!!

Vb. problemen thuis = psychische moeilijkheden= opname= tot rust komen= terug thuis= nog steeds die problemen= opnieuw psychische moeilijkheden = opnieuw opname, want daar kon ik tot rust komen. Men gaat dan eigenlijk vluchten in de opname, maar er verandert niets aan de situatie die de problemen veroorzaakt. Ons team kan binnen de thuissituatie aan de problemen werken zodat deze opgelost geraken en ervoor zorgen dat dit alles niet meer voorkomt.

Vragenlijst Buddyproject (functie 3)

Buddy werking:

- **Wat is de buddywerking?**

We gaan opzoek naar vrijwilligers en matchen deze aan personen met een psychische beperking. We noemen dit ook wel een buddy (vrijwilliger) en een deelnemer. We hebben gekozen voor een 1 op 1 contact. Hiermee bedoelen we dat we 1 buddy aan 1 deelnemer matchen en daar blijft het bij. We gaan geen buddy aan meerdere deelnemers koppelen. Het is een uniek contact en we willen graag dat de deelnemer het gevoel krijgt dat de vrijwilliger echt uniek voor hem tijd wil investeren. Dit werkt ook beter voor het creëren van een vertrouwensband.

De buddy en vrijwilliger doen samen vrijetijdsgerichte activiteiten. Dit kan heel erg verschillend zijn zoals koken, fietsen, naar de markt gaan, naar de cinema gaan,...

Ze zijn vrij om te doen wat en wanneer ze willen.

We vragen wel dat ze elkaar op regelmatige basis zien, dus niet bijvoorbeeld maar eens om de 3 maanden, want dat zou ook niet goed zijn voor de vertrouwensband.

- **Wat doet buddywerking?**

Ten eerste gaan we de aanmeldingen bekijken en een kennismakingsgesprek plannen. Tijdens dit kennismakingsgesprek gaan we zowel bij de buddy als bij de deelnemer nagaan wat ze graag doen, wat hun interesses zijn, welke levensgebeurtenissen er waren,...

Vervolgens is er de matching, ook hier gaan we rekening houden met de interesses enz van de personen. We gaan dus goed na welke buddy en deelnemer het best bij elkaar passen.

Hierna gebeurt de bekendmaking. We laten de buddy en deelnemer kennismaken met elkaar. Dit kan bij mij op de dienst zijn of we kunnen afspreken aan huis. Ik ben hier wel altijd bij om alles een beetje goed te laten verlopen.

Er is natuurlijk ook opvolging van het duo. Om het half jaar plannen we een evaluatiegesprek in. Af en toe bel ik ook eens om te kijken hoe het gaat. Wanneer iemand vragen heeft kan deze zelf natuurlijk ook altijd contact opnemen met mij.

Ik organiseer ook vormingsmomenten, deze kunnen over diverse onderwerpen gaan zoals bijvoorbeeld 'Hoe leer ik grenzen stellen?'

- **Onder welke organisatie of dienst valt de buddywerking?**

Het DAGG maakt een halftijdse werknemer vrij om te werken binnen de buddywerking, maar we horen eigenlijk onder de koepelorganisatie Buddywerking Vlaanderen. We komen om de 3 maanden samen.

- **Wat is jullie doelgroep? (hetzelfde binnen artikel 107?)**
 - Chronische psychiatrische patiënten
 - Mensen die door hun psychische beperking in sociaal isolement geraakt zijn.
- **Welke taken neemt het buddyproject op binnen het artikel 107 verhaal?**
In het begin was dit het deelnemen aan de denkgroep, dit hield eigenlijk vooral in het helpen uitwerken van functie 3.

Nu zitten we in de werkgroep, dit betekent het verder uitwerken en op punt stellen van functie 3. Tot op heden is functie 3 nog niet helemaal uitgebouwd.

Voor de rest wil het buddyproject ervoor zorgen dat mensen met een psychische stoornis niet in een sociaal isolement komen of blijven. We willen ervoor zorgen dat ze terug leren vertrouwen in mensen en sociale contacten leren opbouwen. Het is vooral in het contact met de buddy dat de deelnemer hier kan aan werken. De taak van de buddymedewerker is dan vooral het verloop opvolgen.

- **Wie biedt deze hulp? (diploma's)**
organisatorisch vlak:
 - Vooral MA's
 - Sociaal verpleegkundigen
 - Ergotherapeuten
 - Eigenlijk iedereen met een sociale achtergrond
- **vrijwilligers:**
 - Geen achtergrond vereist, kan eigenlijk iedereen zijn.
 - Kunnen wel hulpverleners zijn
 - Kunnen ook mensen zijn die hetzelfde ooit hebben meegemaakt, ervaringsdeskundigen, wel onder de voorwaarden dat ze het zelf aankunnen en stabiel zijn. Maar ik zie hier zeker een voordeel in.
- **Met hoeveel zijn jullie om dit project draaiende te houden?**
De buddywerking zit meestal onder verschillende diensten ingebouwd, meestal is er per dienst 1 buddymedewerker, maar kunnen er ook 2 zijn. Ik denk dat we tussen de 15 à 20 buddymedewerkers hebben voor Vlaanderen.
- **Indien van toepassing: Heeft iedereen zijn eigen taken? Lopen deze doormekaar of zijn ze strikt gescheiden?**
Ik ben maar alleen dus ik voer alle taken uit.
- **Bestond het buddyproject al, of is deze mede opgericht door het tot stand komen van Reling? Hoe lang bestaan jullie dan al?**
Het buddyproject bestaat nu 6 jaar dus het bestond al eerder dan Reling. Maar omdat we functie 3 zo belangrijk vinden wilden we hier zeker aan bijdragen.

Doelstellingen:

- **Wat zijn jullie doelstelling binnen het project Reling?**
 - Deelnemen aan de vergaderingen en zo verder helpen functie 3 op peil te krijgen.
 - Mee springen op de kar en doen aan netwerking. Contacten leggen en onderhouden met GGZ-partners zodat we gemakkelijk een brug kunnen bouwen naar onze werking.
 - Mensen opnieuw laten integreren in de maatschappij en zo kunnen bouwen aan hun sociale netwerk, hen uit het sociale isolement halen.

- **Worden deze doelstellingen behaald?**

Men moet steeds blijven streven naar meer, het zijn dus doelstellingen waar men blijvend moet investeren. Zeker om functie 3 op peil te brengen en te onderhouden.

Ik vind wel dat we er in slagen om mensen sociale contacten te leren maken. Ik vind het alleen jammer dat sommige kandidaat deelnemers lang op de wachtlijst moeten staan omdat het aantal kandidaat buddy's niet evenredig is.

- **Tegen wanneer moeten deze doelstellingen worden behaald?**

Gelijk ik net al zei, dit zijn doelstellingen waar men blijvend moet in investeren.

- **Wat kan men nog meer doen om deze doelstellingen te behalen?**

Ik denk dat het noodzakelijk is om ons nog meer te profileren. We moeten ons meer bekendmaken binnen het grotere geheel van Reling. Hierdoor kunnen we werken aan de netwerking. Misschien kunnen we dan er ook iets op vinden om meer vrijwilligers aan te trekken.

- **Wat gebeurt er wanneer deze doelstellingen niet behaald zouden worden?**

Wanneer we op ons eigen eilandje blijven zitten en niet aan netwerking doen zal de organisatie dood bloeden. Wat ook logisch is wanneer niemand je kent en weet wat je doet.

Maatschappelijk werk:

- **Zijn er maatschappelijk werkers die instaan om dit project te realiseren?**

Ja zeker, het zijn vooral maatschappelijk werkers die hiervoor instaan. Ik vind het ook wel echt materie voor een maatschappelijk werker. Ik merk dat personen met een andere achtergrond het soms moeilijker hebben om dingen te organiseren, zeker in groep. En dat moet je toch wel kunnen om bijvoorbeeld een vorming te organiseren. Dit wordt ook wel voor een stuk meegegeven in onze opleiding.

Ik vind het ook goed omdat een MA echt oog heeft op de maatschappelijke aspecten en weet hoe hiermee om te gaan. Het gaat hier om het sociale isolement te doorbreken dus toch wel materie voor een MA vind ik.

- **Wat zijn de taken van deze maatschappelijk assistenten?**
Zie eerder.
- **Welke kerntaken van het maatschappelijk werk zou u plakken op de invulling van het buddyproject binnen Reling?**
 - Men moet organisatorisch erg sterk zijn, men moet kunnen plannen en voorbereiden.
 - Men moet administratieve taken doen zoals een werkverslag schrijven voor het verkrijgen van subsidies.
 - Signaleren en beleidsgericht werken: naar de overheid weergeven wat opvalt en wat de noden zijn van de cliënten.
 - Psychosociale dienstverlening
 - Vorming en opleiding: het organiseren van vormingen en opleidingen
 - Bemiddeling: toeleiding naar andere diensten, maar ook bemiddeling tussen deelnemer en buddy wanneer dit nodig is.
 - Ik vind dat de vrijwilligers een grote signaalfunctie hebben naar ons toe en wij op die manier dan naar het beleid.
 - Voorwaardenscheppende taken
- **Hoe loopt het uitvoeren van de Buddywerking?**
Over het algemeen wel goed, we zijn wel nog een beetje zoekende. We krijgen best wel wat deelnemers binnen en vrijwilligers hebben we eigenlijk wel weinig.= werkpunten
Er zijn nu een 20 tal duo's, maar we willen dit natuurlijk nog veel meer uitbouwen.
- **Hoe verloopt het uitvoeren van het maatschappelijk werk?**
Verloopt wel goed, zie hierboven. Past echt wel binnen het maatschappelijk werk. Men heeft toch wel mensenkennis nodig, ook om de juiste matchingen te doen.
- **Eigen mening: Vindt u dat het maatschappelijk werk een meerwaarde heeft binnen deze functie?**
Vind wel dat het zeker een meerwaarde heeft. Men moet kennis hebben van verschillende luiken. Dat is toch wel iets dat een MA heeft. Zeker ook om de juiste inschattingen te kunnen maken.
Nochtans vond ik het goed dat ik al wat ervaring had in de geestelijke gezondheidszorg, want in principe krijgen we wel te weinig omkadering binnen onze opleiding. Natuurlijk snap ik dat ook wel.
- **Welke meerwaarde heeft het maatschappelijk werk binnen deze functie?**
- **Zijn er nog meer projecten binnen deze functie 3? En past daar het maatschappelijk werk ook in?**
 - Vzw basis dagactiviteitencentrum
 - Reval en Validag revalidatie van mensen met psychische problemen bijvoorbeeld na opname in PZ. Dit zijn eigenlijk dagklinieken waar er allerlei activiteiten

worden georganiseerd voor deze mensen, dit kan gaan over kooksessies, vrijetijdsactiviteiten, sporten, vormingen rond het leggen van sociale contacten.

- T'Heft werkateliers, alles wat met werken te maken heeft.
- Vzw Bewust beschut wonen.

Dit zijn allemaal organisaties, diensten en werkers die ervoor willen zorgen dat deze mensen terug integreren in de maatschappij!!

- **Ervaart u belemmeringen in het uitvoeren van het maatschappelijk werk?**

Ik vind dat je misschien niet altijd genoeg bagage als een MA hebt om met chronische psychische patiënten om te gaan. Vaak moet men zich eerst nog verdiepen in bepaalde onderwerpen om hiermee aan de slag te kunnen gaan.

Eerder praktisch: het is niet altijd evident om de vrijwilligers naar de bijeenkomsten te laten komen. 1/3 van de vrijwilligers komt maar naar de bijeenkomsten. Dit maakt het moeilijker om de duo's op te volgen. We hebben wel om de 6 maanden een gesprek, maar dit is eigen nog wel vrij weinig, dus ik gebruik de bijeenkomsten eigenlijk om tussendoor eens te checken hoe het gaat en of nog alles loopt. Deze controle valt dan wel weg en dat vind ik toch wel een belemmering in het uitoefenen van mijn werk.

Dit vind ik dan toch wel een werkpunt: Hoe kunnen we de buddy's nog meer motiveren?

- **Zou er nog meer maatschappelijk werk kunnen worden geïntegreerd?**

Ik denk dat het maatschappelijk binnen de buddywerking en binnen de functie zeer goed vertegenwoordigd is. Misschien kunnen we proberen nog wat meer bekendmakingscampagnes te doen en dit kan zeker door een MA worden opgenomen.

- **Wat zou men kunnen integreren aan maatschappelijk werk?**

Zie hierboven

Instroom, doorstroom:

- **Hoe komen de cliënten bij jullie terecht (in functie van artikel 107)?**

- Deelnemers:
 - Op eigen initiatief (door te lezen in folder, op website, mond aan mond reclame,...)
 - Door het netwerk
 - Psychiatrische ziekenhuizen
 - Andere ambulante diensten
- Vrijwilligers:
 - Websites
nog meer bekendmakingsacties vb. folders uitdelen op station/markt, standje in de bibliotheek.

- **Worden er cliënten doorgestuurd door andere diensten die onder Reling vallen?**
Ja, maar dit mag eigenlijk nog meer, zorgt voor nog meer bekendmaking.
- **Hoe ziet een hulpverleningstraject eruit?**
 - Verloop zie hierboven: aanmelding, kennismaking, matching, kennismaking deeln-buddy, activiteiten, opvolging, evaluaties, opvolging, bijeenkomsten, vormingen,...
- **Hoe lang duurt een (gemiddeld) hulpverleningstraject?**
Hier staat geen termijn op, men kan als deelnemer of buddy zelf beslissen wanneer men wil afronden.
Ik zie dat er bij sommigen de rol van deelnemer-buddy strikt blijft behouden, bij anderen vervaagt de lijn en ontstaat er een vriendschap en bekijkt men elkaar als gelijken.
Soms zijn er duo's die niet meer onder de buddywerking willen vallen. Er is dan een vriendschap ontstaan en ze willen deze gewoon verder zetten en vinden de opvolging van de buddywerking niet meer nodig. Dit vind ik natuurlijk echt geslaagd.
- **Op welke manier volgen jullie het hulpverleningstraject op?**
Zie hierboven
- **Wat gebeurt er met de cliënt wanneer het hulpverleningstraject wordt afgerond?**
Bij een afronding houden we altijd een afrondingsgesprek. Binnen dit afrondingsgesprek ga ik na wat de duo's een meerwaarde vonden, wat ze hebben geleerd, wat ze fijn vonden, wat ze minder goed vonden, ...

Wanneer de deelnemer en buddy in conflict uit elkaar zijn gegaan, kan het ook zijn dat ik apart een afrondingsgesprek hou, dit hoeft dus niet perse samen.
- **Doen jullie aan psychische hulpverlening of moeten de cliënten daarvoor hulp zoeken bij andere diensten?**
Er zit altijd wel een beetje psychische hulpverlening in ons takenpakket, maar echt het pure psychisch hulpverlening doen we niet. Ik vind dat dit ook moet worden afgebakend. Hiervoor sturen we dan door naar andere diensten. De buddywerking zit bijvoorbeeld onder het DAGG. Het gebeurt wel eens dat er cliënten die bij mijn collega's in begeleiding zijn, ook als deelnemer aan de buddywerking mee doen.
- **Wat gebeurt er wanneer men merkt dat de cliënt nog andere hulp nodig heeft? Wordt die dan geboden of wordt men doorgestuurd naar een andere dienst?**
 - **Indien van toepassing: Wie verzorgt deze toeleiding en hoe verloopt deze toeleiding?**
In 90 % van de gevallen wordt er toch wel doorgestuurd. Ik wil gerust wel helpen met vragen wanneer een deelnemer deze heeft en deze snel even uit de nood helpen, maar wanneer dit 'snel' even doen niet genoeg is, betekent dit dat ik

moet doorsturen want dat valt niet meer onder de taken van een buddymedewerker.

- **Kunnen jullie cliënten weigeren en wanneer?**

Er zijn wel criteria waar we op letten:

- 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, Borgloon)
 - 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

Ik vind het belangrijk dat de deelnemers voldoende verbaal kunnen communiceren, anders is het voor de buddy heel moeilijk om te kunnen werken met de deelnemer. Hetzelfde geldt voor de buddy's.

- Buddy's:
 - 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.

- **Wat vindt u van deze criteria of voorwaarden?**

Men moet steeds rekening houden met de specifieke situatie, daarmee helpt het soms wel dat er zoveel criteria zijn, op andere momenten belemmert het dan wel. Het is soms moeilijk om de juiste afwegingen te maken en dan kom je wel eens in ethische dilemma's te zitten. Gelukkig leer je als MA wel hoe je hier mee moet omgaan.

Soms moeten we bepaalde problematieken weigeren zoals autisme, terwijl ik weet dat deze mensen wel veel zouden kunnen hebben aan een buddy, maar dan zouden we op het laatste alleen nog maar deelnemers met autisme hebben. Om dit te voorkomen sluiten we onze deur voor bepaalde problematieken.

Ik vind dit wel goed, maar daarom hoop ik dat ik nog veel meer vrijwilligers zou kunnen aansporen om mee te doen, dan zouden we ook meer deelnemers kunnen helpen.

- **Kunnen jullie vrijwilligers weigeren en wanneer?**

zie hierboven

- **Doen jullie een screening van de vrijwilligers en cliënten?**

Zie hierboven

- **Hoe verloopt zo een screening?**

zie hierboven

Het buddyproject binnen Reling:

- **Hoe verloopt de samenwerking tussen Buddyproject en Reling?**

Eigenlijk best wel goed, er is een overleg ingebouwd binnen functie 3 waar men allerlei dingen kan bespreken.

Het is de bedoeling dat we ons nog beter profileren. Het is ook de bedoeling dat de cliënt nog sneller en efficiënter kan worden geholpen en doorverwezen.

Om dit te kunnen realiseren is het de bedoeling dat functie 3 een coördinator krijgt aangewezen. Deze coördinator krijgt dan vragen vanuit de andere functies zoals bijvoorbeeld vanuit het mobiel B team. De coördinator moet dan gaan kijken wat de vraag is en binnen welke werking of project van functie 3 deze cliënt het beste past.

Hier willen we graag naar toe, maar is nu nog niet van toepassing. Functie 3 is dus zoals je ziet nog steeds in uitbouw.

- **Welke middelen hebben jullie geïnvesteerd in Reling?**

Wij hebben eigenlijk niet echt middelen geïnvesteerd in Reling. Ik mag wel deelnemen aan de vergadering en helpen nadenken over de verdere uitbouw, maar daar blijft het bij.

- **Wat vinden jullie van het project Reling?**

Ik vind het een mooi project. Ik vind netwerking zeer zinvol, maar ik vind dat we in de praktijk toch nog wel heel erg zoekende zijn en toch nog wel heel wat werkpunten hebben.= positieve punten

Ik vind sommige criteria zo strikt en streng dat er toch nog wel mensen zijn die uit de boot vallen. Bijvoorbeeld: 2 B en 2 A willen een vangnet vormen voor degenen die voordien door de mazen van het net glipten, maar door zo streng te zijn om wachtlijsten te voorkomen (wat ik wel snap) worden sommige cliënten volgens mij nog niet bereikt.= negatieve punten

- **Ervaren jullie belemmeringen door de organisatie van hogeraf?**

We hebben maar beperkte mogelijkheden. Een beperkte tijd en budget en dit maakt het soms wel moeilijk.

Ook de wachtlijsten vind ik een moeilijkheid.

- **Zijn er knelpunten waarop jullie stuiten in de werking van de buddywerking binnen artikel 107?**

Jazeker:

- Hoe vrijwilligers nog meer motiveren
- Hoe vrijwilligers beter verzekeren (= praktisch vb. fiets gestolen van buddy)
- Grote wachtlijst deelnemers en te weinig vrijwilligers. Nadenken over alternatieven zoals bijvoorbeeld studenten buddy's.

- **Wat zijn de positieve punten in het hele artikel 107 verhaal?**

De netwerking is echt een noodzakelijk gegeven en dat is ook heel positief. We zien elkaar meer, weten wie iedereen is, leren elkaars werking kennen waardoor we sneller en efficiënter kunnen doorsturen. Dit maakt getrapte zorg mogelijk.

Dit is echt een meerwaarde voor de cliënt zelf: men kan beter doorsturen.

- **Wat zijn werkpunten binnen het artikel 107 verhaal en welke rol kan het buddyproject en het maatschappelijk werk hierin opnemen?**

Functie 3 staat nog niet op punt en er zullen toch nog wel een aantal dingen moeten veranderen vooraleer dit wel zo is.

- Er moet een coördinator worden aangesteld.
- Er moet duidelijk worden welke organisatie en werking wel binnen functie 3 passen en welke niet.
- Ik wil graag naar de vergaderingen blijven gaan en helpen nadenken over de verdere uitbouw van functie 3.
- Er moet nog meer gedacht worden aan de cliënten en hun mogelijkheden.

Vragenlijst PZ Asster (functie 4)

Functie 4:

- **Wat houdt functie 4 in?**

Er was eigenlijk een tekort aan een ambulante gespecialiseerde zorg. Dit dient binnen functie 2A en 2B en functie 4 voldoende en in samenwerking uitgebouwd te worden.

Er is een gebrek aan toeleiding van zorgmijders naar de zorg of naar meer gespecialiseerde zorg. Er is nood aan een betere afstemming tussen residentiële en ambulante zorg, alsook aan begeleiding van het traject dat de patiënt aflegt in het zorgcircuit om de continuïteit van zorg te garanderen. Mogelijkheden tot korte crisisopname (3 tot 5 dagen) en bed-op-recept (3 tot 5 dagen) ontbraken als standaardaanbod in de samenwerking met functie 2A, 2B, 3 en 5. We willen er eigenlijk voor zorgen dat dit alles beter verloopt en dat is de invulling van functie 4.

Asster:

- **Wat is Asster?**

Sinds 2011 zijn het psychiatrisch ziekenhuis Sancta Maria en het psychiatrisch centrum Ziekeren ondergebracht in de vzw Asster. In 2013 zijn deze gefuseerd tot één ziekenhuis. Dit ziekenhuis draagt de naam Asster. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen Asster campus stad (= vroeger psychiatrisch verzorgingstehuis Ziekeren) en Asster campus Molveren (= vroeger psychiatrisch ziekenhuis Sancta Maria). Wij zijn vandaag op campus stad en ik zal daardoor meer vertellen over onze campus.

Wij zijn dus eigenlijk 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.

Binnen campus stad is er ook een psychiatrisch verzorgingstehuis opgericht, dit is een PVT en hoort eigenlijk niet onder functie 4, maar onder functie 5 thuis. Het is een specifieke woongelegenheid.

- **Wat doet Asster?**

Asster als psychiatrisch ziekenhuis:

Per soort zorg dat er nodig is worden er afdelingen gemaakt. Zo zijn er bij ons in campus stad 4 zorgmogelijkheden, dit zijn de algemene psychiatrie, de psychozorg, de afhankelijkheid en de ouderenzorg. Binnen deze zorgmogelijkheden worden er nog eens afdelingen gemaakt. We verdelen die in afdelingen omdat elke problematiek een specifieke zorg nodig heeft en het is dan belangrijk dat de personen een zo goed mogelijk aangepast zorgprogramma krijgen door hulpverleners die gespecialiseerd zijn.

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

Het is de bedoeling dat er specifieke residentiële opvangmodaliteiten werden opgebouwd zoals bed-op-recept voor de langdurig zorgafhankelijke patiënten die in functie 2B, 3 en 5 gevolgd worden of crisisbed voor de patiënten die in een acute crisis situatie zitten en in begeleiding zijn bij het 2A team en waarbij een opname noodzakelijk is.

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.

Asster als psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT):

Een PVT onderscheidt zich van het PZ aangezien er personen zitten die dagelijkse nood hebben aan ondersteuning op het vlak van zelfzorg wegens een verminderd functioneren door psychiatrische redenen, zonder dat er een 24-uurs beschikbare medische zorg noodzakelijk is. De personen beschikken niet over de vereiste vaardigheden om volledig zelfstandig te leven en er blijkt dat deze vaardigheden niet binnen een redelijke termijn bijgebracht kunnen worden. Ze hebben nood aan een dagelijkse structurering van de dag, maar er is geen onderbroken toezicht noodzakelijk. Ze hebben wel nood aan een oproepbare permanentie die binnen een korte tijd ook effectief beschikbaar zijn. Er is dus wel een 7/7 dagen en 24/24 u professionele zorg aanwezig. De intensiviteit van de zorg wordt bepaald door de individuele zorgnood. De duur is onbeperkt, maar men wil wel streven naar een doorstroming naar zelfstandig wonen. We moeten afgeraken van het idee dat iedereen levenslang 'moet' blijven al is dit wel vaak de waarheid.

- **Wat is jullie doelgroep? (hetzelfde binnen artikel 107?)**

Pz:

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.

PVT:

We richten ons naar volwassenen en ouderen met een ernstige, langdurige, complexe gestabiliseerde psychiatrische problematiek. Met ernstig bedoelen we dat mensen beperkingen ervaren op verschillende levensdomeinen zoals wonen, dagbesteding, vrije tijd, huishoudelijke taken, zelfzorg, sociaal administratieve competenties,...

Natuurlijk moet men een psychiatrisch probleem ervaren. In principe komen alle diagnose groepen in aanmerking.

- **Wat is een 'crisis bed'?**

Dit is een bed waarop de diensten van Reling zoals bijvoorbeeld 2A kan rekenen wanneer er zich een acute crisissituatie voordoet en 2A het gevoel heeft dat zij niet de nodige hulp kunnen bieden. Dan kan er gerekend worden op een crisisbed en kan de cliënt bij ons 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 mantelzorger. Na de crisis wordt de zorg terug hervat, is dit niet mogelijk wordt er geopteerd voor een langere behandeling.

- **Wat is een 'bed op recept'?**

Een bed-op-recept 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 ook ongeveer 3 – 5 dagen en dan wordt er gekeken wat er verder nodig is. Dit is eigenlijk vooral bedoeld om de mantelzorger te ontlasten, het doel is dan ook dat de mantelzorger even ademruimte krijgt doordat de cliënt even binnenkomt. 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. Je overlegt om de opname asap te laten doorgaan. En je voorziet maatregelen in de tussenperiode.

- **Welke taken nemen jullie op binnen het artikel 107 verhaal?**

Zie hierboven: Wij proberen de cliënten op te vangen wanneer het duidelijk is dat de cliënten meer of andere hulp nodig hebben dan die welke door de andere diensten die binnen Reling zitten geboden wordt.

Door het uitbouwen van het project Reling wil men er eigenlijk voor zorgen dat het aantal opnames vermindert. De samenwerking met de functie 2A en 2B 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 nog nodig met ambulante zorg in zijn leefomgeving. De samenwerking met de andere functies en de eerstelijnsdiensten is sterker uitgebouwd. Hierdoor bereikt de residentiële zorg toch ook de zorgmijders, waar nodig.

- **Welke hulp bieden jullie aan de cliënten die van Reling komen?**
- **Wie biedt deze hulp? (diploma's)**
Deze hulp wordt geboden door een multidisciplinair team, namelijk:
 - Psychiater
 - Psycholoog
 - Huisarts
 - Begeleider
 - Psychiatrisch verpleegkundige
 - MA's
 -
- **Heeft iedereen zijn eigen taken? Lopen deze doormekaar of zijn ze strikt gescheiden?**
Iedereen heeft toch wel zijn eigen taken, het kan wel eens zijn dat deze een beetje door elkaar lopen. Zo kan het zijn dat MA's wel eens hetzelfde pad betreden als de psychologen, maar over het algemeen hebben we mooi onze eigen taken en zijn deze toch wel afgegrensd.

Doelstellingen:

- **Wat zijn jullie doelstelling binnen het project Reling.**
Deze heb ik eigenlijk al eens toegelicht. Bij deze:
 - 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, uitgaande 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.
- **Worden deze doelstellingen behaald?**
Sommigen worden al meer behaald dan anderen. Doordat we aan netwerking doen en deelnemen aan het 1B overleg is onze samenwerking intensiever. Dit is enerzijds goed, want dit zorgt ervoor dat we elkaar en de werkingen van elkaar beter leren kennen. Hierdoor merk ik echter dat er wel een aantal cliënten niet meer in opname gaan, maar worden begeleid door 2A of 2B. Dit zorgt er dus voor dat het aantal opnames verkleint. Het is echter het probleem dat er toch wel vaak wordt beslist dat

er bij complexe situaties toch nog aan opname wordt gedacht en dat deze cliënten worden doorgestuurd naar Asster. Doordat we intensiever samenwerken komen er daardoor net opnames bij die er anders niet waren. Het concept van minder opnames zien we dat in de praktijk wel gaande is, maar nog niet zoals het zou moeten zijn. Ik merk wel ondanks de niet volledig behaalde doelstelling van minder opnames, dat de opnames wel van minder lange duur zijn, omdat we weten dat er diensten zijn die onze cliënten nog steeds intensief kunnen volgen.

Doordat we 60 bedden hebben afgebouwd hebben we veel minder middelen om onze cliënten te begeleiden. Deze middelen hebben we geïnvesteerd in Reling om de functies verder uit te bouwen. We merken echter dat er heel wat druk op ons komt te liggen aangezien er een heel aantal middelen voor ons zijn weggevallen, maar het aantal opnames niet zo drastisch is gedaald. We ondervinden dus zeer veel druk. Waar we ons vroeger konden permitteren om mensen wat langer te laten blijven omdat er bijvoorbeeld nog wat twijfel is over hoe goed ze zich kunnen verder helpen, kan dat vandaag niet meer. We ondervinden dat de cliënten heel wat problemen met wonen ervaren en dat we hen hierbij niet echt kunnen helpen omdat wij te veel druk ervaren.= belemmeringen

Daar komen dan de grote wachtlijsten bij. Wij kunnen deze cliënten niet meteen verder helpen omdat bij andere diensten wachtlijsten zijn, maar we kunnen ze ook niet wat langer in begeleiding houden door de druk. Hierdoor komen we soms toch wel voor een dilemma te staan.= belemmeringen

Ik vind dat één van de voornaamste doelstellingen binnen Reling zoals het waarborgen van de zorgcontinuïteit hierdoor niet volledig gerealiseerd geraakt.

- **Tegen wanneer moeten deze doelstellingen worden behaald?**

/

- **Wat kan men nog meer doen om deze doelstellingen te behalen?**

In principe zouden we de ambulante zorg nog meer moeten uitbouwen zodat de wachtlijsten weg gewerkt kunnen worden, wij zouden in principe nog meer bedden kunnen afbouwen waardoor deze middelen kunnen geïnvesteerd worden in de ambulante zorg. Dan zitten we echter weer met het probleem dat er nog meer druk op ons komt te liggen wanneer het aantal opnames niet evenredig daalt.

- **Wat gebeurt er wanneer deze doelstellingen niet behaald zouden worden?**

Wij komen dan ook met een grote wachtlijst te zitten, waardoor een groot aantal mensen met hun problemen blijven zitten omdat ze niet bij de juiste hulpverlenende instantie terecht kunnen.

Maatschappelijk werk:

- **Zijn er maatschappelijk werkers die de zorg voor de cliënten mee opnemen?**

Ja, er zijn zeker een aantal maatschappelijk werkers die de zorg voor de cliënt mee opnemen.

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 interdisciplinair team. De verschillende disciplines werken samen voor een kwaliteitsvolle behandeling.

Het zorg- en behandelplan worden opgesteld door het team en is richtgevend voor de verschillende disciplines.

- **Wat zijn de taken van deze maatschappelijk assistenten?**

Dit zijn er echt een heleboel:

- 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 bewindvoerders
- Bemiddelen m.b.t schulden
- Gesprekken voeren met betrekking opname/ontslag
- Begeleiding van patiënten en familie met betrekking tot het omgaan met de gevolgen van het psychisch ziek zijn.
- Ondersteuning netwerk
- Participeren aan teamvergadering/teamoverleg
- ...

- **Welke kerntaken van het maatschappelijk werk zou u plakken op de invulling van Asster binnen Reling?**

- Informatieve dienstverlening en advies!!
Zie hierboven, betrekking mogelijkheden, rechten en plichten, ...
- Onderzoek en rapportage:

Zie hierboven: sociaal onderzoek, informatie verstrekken tijdens intake, rapporteren tijdens teamvergaderingen/ andere diensten

- Concrete dienstverlening:

Zie hierboven: regelingen met betrekking sociale zekerheid, juridische procedures begeleiden, administratieve ondersteuning, ...

- Psychosociale hulpverlening:

Zie hierboven: begeleiden in functie van opname of ontslag, begeleiding van families in omgaan met psychische problemen en gevolgen hiervan, ondersteunen van het netwerk, oog hebben voor KOPP.

- Bemiddeling en bemiddeling toeleiding

Zie hierboven: contact opnemen met andere diensten, overleggen, familiegesprekken houden.

- Coördinatie van de zorg en dienstverlening:

Zie hierboven: deelnemen aan zorgoverleggen, teamvergadering, rapporteren, behandelplannen opstellen.

- Signaleren en beleidsgericht werken:

Knelpunten signaleren naar het team of naar de directie toe, maar ook naar externe voorzieningen of de politiek. Deelnemen aan werkgroepen die beleidsgericht werken zoals clustervergaderingen,...

- Vorming en opleiding:

Deelnemen aan vormingen om eigen kennis te vergroten, vormingen op zetten voor medewerkers disciplinair en interdisciplinair, vormingen in de vorm van psycho-educatie naar cliënten en familie toe. Maatschappelijke vormingen voor de doelgroep.

- Preventie:

Gedeeltelijk door psycho-educatie zowel de cliënt als de familie op de hoogte brengen en leren omgaan met gevolgen. Ook doormiddel van administratieve ondersteuning en in contact staan met andere diensten ervoor zorgen dat problemen van maatschappelijke aard geraken opgelost zodat deze de psychische beleving niet meer in grote mate beïnvloeden.

- **Hoe loopt het uitvoeren van de taken in het algemeen voor Asster?**

In het algemeen loopt het uitvoeren van onze taken zeer goed. We kunnen op elkaar rekenen en de teamleden respecteren de anderen en zien de meerwaarde van elkaars taken zeker in.

- **Hoe verloopt het uitvoeren van het maatschappelijk werk?**

Over het algemeen loopt dit wel goed. We hebben wel heel veel taken, je moet eigenlijk van alles wat op de hoogte zijn. Dit zorgt soms ook wel voor druk op het maatschappelijk werk. Men rekent echt op jouw als kenner van de wetgeving, maar ook op het gebied van de persoon achter de cliënt.

- **Eigen mening: Vindt u dat het maatschappelijk werk een meerwaarde heeft binnen deze functie?**

Ja zeker, ik vind dit zeker een meerwaarde hebben.

- **Welke meerwaarde heeft het maatschappelijk werk binnen deze functie?**

- Ten eerste is een MA een generalist. Wij bekijken de mensen in zijn totaliteit. Het valt op dat de mensen die bij ons in begeleiding komen heel vaak een uitval op verschillende levensdomeinen hebben. Zoals je wel weet hebben deze levensdomeinen allemaal invloed op mekaar. Hier moet je toch als MA zeker oog voor hebben. Een MA kan hier zeker mee aan de slag.
- Het is dan ook aan ons om de andere collega's binnen het interdisciplinair team hier soms nog eens aan te laten denken, want dit wordt snel vergeten.
- Een MA kan door zijn opleiding, ervaringen of het volgen van een vorming zijn expertise inbrengen in het team en ook de anderen eigenlijk voor een stukje 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 zorgt eigenlijk voor een brugfunctie tussen het netwerk.

- **Ervaart u belemmeringen in het uitvoeren van het maatschappelijk werk?**

Ja toch wel,

- Ik vind dat je binnen de opleiding weinig voorkennis opbouwt met betrekking de psychopathologie en het omgaan met psychiatrische patiënten. Deze kennis moet je eigenlijk zelf doorheen het opdoen van ervaringen opbouwen, maar ik vind dat je hier zeker als beginnend MA tegenop botst.
- Doordat we 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. Wij als MA binnen deze setting hebben echt heel veel taken die we op ons moeten nemen.
- Door de afbouw van bedden en het aantal opnames dat niet evenredig daalt, heerst er een zeer grote druk op de MA's. We gaan de cliënten niet meer zo intensief en lang kunnen begeleiden door te weinig middelen. Hierdoor komt de zorgcontinuïteit in gedrang.
- In het begin van de opname is het eigenlijk vooral de taak van een MA om de cliënten zeer intensief op te volgen en de probleemoplossing uit handen van de cliënt te nemen. Je gaat de eerste probleemverkenning doen en zoveel mogelijk proberen te helpen. Naarmate de begeleiding vordert gaat de cliënt zelf steeds meer op zijn verantwoordelijkheid worden aangesproken. Op het einde wordt het de bedoeling dat de cliënt zelf aanspraak gaat maken op de MA wanneer dit nodig is. Soms is het moeilijk om de cliënten los te laten. In het begin ga je zeer

intensief met hen aan de slag terwijl je nadien minder en minder mag interveniëren.

- **Zou er nog meer maatschappelijk werk kunnen worden geïntegreerd?**

In principe hebben wij zeer veel taken en is het maatschappelijk werk echt een must binnen deze setting. Het is zeker voldoende uitgebouwd en men zou echt niet meer verder kunnen zonder het maatschappelijk werk. Ik zou alleen graag wat meer middelen zien zoals tijd, ruimte, misschien extra werkkracht om deze taken dan ook werkelijk te kunnen realiseren.

- **Wat zou men kunnen integreren aan maatschappelijk werk?**

zie vorige vraag

Instream, doorstroom:

- **Wie geeft jullie de opdracht om de zorg op te nemen over een cliënt?**

Dit kan vrijwillig zijn, dit kan ook opgelegd worden door het gerecht = collocatie, men kan ook door ambulante diensten zoals een CGG worden aangesproken of door diensten zoals het 2 A en 2B team.

- **Hoe komen de cliënten bij jullie terecht (in functie van artikel 107)?**

Er kan door alle organisaties die binnen Reling zitten een aanmelding worden gedaan. Er kan bijvoorbeeld ook op de tafel van indicatiestelling worden beslist dat een opname binnen Asster het beste is.

- **Krijgen de cliënten een ander hulpaanbod naargelang ze bij jullie terecht komen op een normale wijze of via Reling?**

In principe niet, tenzij de diensten van Reling beroep doen op een crisisbed of een bed-op-recept.

- **Welke cliënten worden zoal doorgestuurd door Reling naar Asster?**

Zie doelgroep. Dit zijn vooral cliënten waarvan de uitval op verschillende levensdomeinen zo erg zijn 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.

- **Hoe ziet een hulpverleningstraject eruit?**

Zie eerder

- **Hoe lang duurt een (gemiddeld) hulpverleningstraject?**

Dit hangt echt van cliënt tot cliënt af.

- **Wat gebeurt er met de cliënten wanneer het hulpverleningstraject wordt afgerond binnen Asster?**

Dit kan verschillende vormen aannemen. Men kan bijvoorbeeld vanuit het PZ Asster naar het PVT in Asster gaan, men kan ook beroep doen op andere zorgvormen zoals beschut wonen. Men kan ook beroep doen op andere ambulante zorgmaatregelen zoals 2 B team, DAGG,.... Ik vind dat er in dat opzicht misschien iets te weinig beroep wordt gedaan op de projecten die werkzaam zijn binnen functie 3 zoals de buddywerking.

- **Wie verzorgt de toeleiding naar de andere diensten?**

- **Hoe verloopt deze toeleiding?**

In principe is het de bedoeling dat de MA de nazorg en dus ook de toeleiding verzorgt. Men start hier al bij tijdens de begeleiding in Asster.

- **Kunnen jullie cliënten weigeren wanneer ze worden doorgestuurd via Reling?**

In principe niet, wij volgen de expertise van de aangemelde instanties, we gaan ervan uit dat zij de juiste inschatting hebben gemaakt, wanneer wij dan merken bij de aanmelding of intake dat ze de persoon totaal verkeert zien kunnen we deze natuurlijk wel nog doorsturen. Vaak worden de complexe situaties besproken op de tafel van indicatiestelling dus dan weten we al vaak wat er ons te wachten staat. Er kan dan al worden aangegeven of de cliënt juist zit of niet.

- **Wordt er onderling afgesproken tussen Reling en Asster wat er met de cliënten gebeurt?**

Ja op de tafel van indicatiestelling wordt wel aangegeven wat de bedoeling is dat er gebeurt. Het hulpverleningstraject wordt daar eigenlijk wel al mee bepaald.

Samenwerken Reling en Asster:

- **Hoe verloopt de samenwerking tussen Asster en Reling?**

Verloopt wel goed, botsen enkel op de enorme wachtlijsten en de druk die er ontstaan is door de afbouw van ziekenhuisbedden, maar niet voldoende afname van opnames.

- **Welke middelen hebben jullie geïnvesteerd in Reling?**

Wij hebben 60 ziekenhuisbedden gesloten, waarvan de werknemers van deze gesloten afdelingen als middelen opgenomen zijn binnen het project Reling. Daarnaast helpen wij in het uitdenken van functie 4.

- **Wat vinden jullie van het project Reling?**

Ik vind het zeker een mooi initiatief, het is belangrijk om aan netwerking te doen en om zo de zorgcontinuïteit te garanderen. Het enige probleem is dat er in de praktijk nog een aantal werkpunten zijn waaraan men moet werken vooraleer het doel ook echt behaald kan worden.

- **Ervaren jullie belemmeringen door de organisatie van hogeraf?**

Ja, gelijk ik nog al heb gezegd, door de afbouw van ziekhuisbedden is er een enorme druk bijgekomen.

Hierdoor kunnen we minder lang zorg bieden, maar we kunnen ook niet goed doorsturen door de wachtlijsten van de andere diensten.

- **Zijn er knelpunten waarop jullie stuiten in de werking van Asster binnen artikel 107?**

Men staat erg onder druk, waardoor de zorg minder lang en intensief kan worden opgenomen, het doorsturen lukt dan weer niet door de wachtlijsten. Hierdoor worden sommige cliënten nog niet bereikt.

- **Wat zijn de positieve punten in het hele artikel 107 verhaal?**

De netwerking, men leert elkaar kennen. De zorgcontinuïteit verzorgen wanneer men de wachtlijsten kan weg werken en er een mooie aaneenschakeling komt van dienstverlening. En natuurlijk dat de opnames op den duur gaan verminderen, want een opname kan toch wel traumatisch zijn, waardoor de cliënten veel langer nodig hebben om terug te gaan functioneren in de maatschappij.

- **Wat zijn werkpunten binnen het artikel 107 verhaal en welke rol kan Asster en het maatschappelijk werk hierin opnemen?**

In principe moeten we er naar toe werken om nog mindere opnames te creëren waardoor er meer bedden moeten worden afgebouwd. Deze middelen zouden dan geïnvesteerd kunnen worden in de uitbouw van de ambulante zorg. Het is enkel moeilijk om de tussenperiode te overbruggen. Afdelingen sluiten en bedden afbouwen is snel gedaan, men laat gewoon niet meer zoveel cliënten toe, maar het uitbouwen van de ambulante diensten duurt wel iets langer, waardoor de cliënten die niet meer terecht kunnen in opname, ook langer moeten wachten op ambulante zorg. Dit is toch wel een probleem waar men rekening moet houden, want op deze manier vallen er dan toch wel weer cliënten uit de boot.

Vragenlijst vzw Bewust (functie 5)

Functie 5:

- **Wat houdt functie 5 in?**

Dit houdt gespecialiseerde woonbegeleiding voor personen met een psychiatrische stoornis in. Dit moet worden ingebouwd in een netwerk van hulpverlening. Binnen deze functie zouden ook de woontrainings- en woonobservatiehuizen moeten komen te zitten.

De grens tussen een PVT en een beschut wonen is soms vaag. Daarmee is het soms ook moeilijk om in te schatten waar de cliënt nu het meest aan heeft. Het verschil is dat er bij een PVT toch nog 24 uur begeleiding aanwezig is.

Een PVT ligt meestal langs een PZ. De vraag is of deze niet beter in de stad komen te liggen. Hierdoor kan men de maatschappelijk integratie bevorderen. Langs de andere kant is het handig voor de PVT's dat ze kunnen genieten van de hotelfuncties van het PZ wanneer ze daarlangs gelegen zijn.

Vzw Bewust:

- **Wat is Bewust?**

Bewust is een initiatief beschut wonen. Het is de bedoeling dat wij mensen met een langdurige psychiatrische stoornis begeleiden met de dagdagelijkse dingen. We willen hen zoveel mogelijk laten herintegreren in de maatschappij. We zijn gericht op de verzelfstandiging van de cliënten. We richten ons op de doorstroom naar een reguliere woonst, maar dit lukt niet altijd.

- **Wat doet Bewust?**

Wij bieden de mensen een woonplaats aan. Dit kan zowel in groep als individueel. Ons aanbod is ongeveer 80% aan groepshuizen en 20% aan individuele plaatsen. We zien echter dat de vraag net andersom is. We willen toch op deze vragen inspelen, waardoor we dit probleem oplossen door binnen de individuele plaatsen één groepsruimte in te richten waar de mensen toch gebruik van kunnen maken.

In sommige groepshuizen is er een heel sterk wij-gevoel. Bij andere dan weer niet.

- **Wat is jullie doelgroep? (hetzelfde binnen artikel 107?)**

Personen met een langdurige psychiatrische stoornis die boven de 18 jaar zijn.

- **Welke taken neemt Bewust op binnen het artikel 107 verhaal?**

- Woonbegeleiding
- Investeren in netwerking: Ik vind dit heel belangrijk omdat men samen altijd sterker staat dan alleen. Men moet beseffen dat elke partner even belangrijk is. Door deze samenwerking kan men creatief nadenken en tot creatieve oplossingen komen.

- Deelnemen aan de tafel van indicatiestelling: Ik vind dit een heel goed concept. Hierbij kan men het subsidiariteitsprincipe perfect toepassen.
- **Welke hulp bieden jullie aan de cliënten die van Reling komen?**
Er zijn 3 pijlers waar wij veel belang aan hechten. Het zijn dan ook deze pijlers waarmee we aan de slag gaan samen met de mensen. Deze pijlers zijn:
 - Wonen: Wij hebben een aantal groepswoningen en individuele woningen tot onze beschikking. Binnen deze woningen kunnen de cliënten terecht. Wij gaan rekening houden met verschillende aspecten wanneer we de cliënten een woning gaan toewijzen. Men moet 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 is het goed, wanneer men op voorhand al ziet dat dit niet gaat klikken zoeken we een andere plaats. = zorg op maat
 - Het hebben van een dagbesteding: Vanuit onze rehabilitatievisie is het belangrijk dat we samen gaan zoeken naar een zinvolle dagbesteding.
 - Vrije tijd: Wij hebben een eigen vrije tijdsdienst die activiteiten organiseert. Maar de cliënten kunnen natuurlijk ook nog andere activiteiten ondernemen.

Buiten deze 3 pijlers zijn er zeker nog een aantal andere dingen waar we oog voor hebben, namelijk:

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

We stellen samen met de cliënt doelen op. Het einddoel is vaak ver weg, maar wij willen hun door het behalen van kleinere doelen, helpen hun einddoel te bereiken.

In het begin gaan we dit doen door intensief te helpen, nadien gaan we ons meer en meer richten op de verzelfstandiging van de cliënten.

Wij bieden zowel groepsgesprekken (groepshuizen) als individuele gesprekken. In het begin van de begeleiding gaan we vaker langs dan nadien. Dit is echter zeer individueel bepaald.

- **Wie biedt deze hulp? (diploma's)**
 - MA's: het merendeel van onze hulpverleners zijn personen met het diploma maatschappelijk werk.
 - psychologen
 - Ergotherapeuten
 - Psychiatrisch verpleegkundigen
 - Opvoeders

- **Heeft iedereen zijn eigen taken? Lopen deze door mekaar of zijn ze strikt gescheiden?**

Iedereen doet aan woonbegeleiding. De taken lopen hierbij wel wat door elkaar. Toch heeft elk zijn specifieke taken, waarbij deze zeker individueel worden ingezet. Sinds kort maken we gebruik van de FACT-methodiek. Dit houdt in dat er wordt gekeken wat de noden zijn van de cliënt en welke hulpverlener het beste hierop kan inspelen. Elke cliënt heeft 2 vaste begeleiders. Er wordt 2 keer per week een FACT-BORDbespreking gehouden. Waarbij men de noden van de cliënten in kaart brengt. Wanneer er dan blijkt dat de cliënt iets anders nodig heeft kan er worden 'geschakeld in de zorg'. De hulpverleners dienen toch wel flexibel te zijn.

Doelstellingen:

- **Wat zijn jullie doelstellingen binnen het project Reling**
 - 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.

- **Worden deze doelstellingen behaald?**

Niet alle doelstellingen worden behaald. We zijn nog zoekende en aan het nadenken hoe men dit alles nog beter kan uitbouwen.

Ik vind het niet zo goed dat Asster twee afdelingen voor langdurige psychiatrische patiënten heeft gesloten. Het is een utopie om te denken dat alle mensen binnen Reling geholpen kunnen worden. Ik vind dat er net iets te veel middelen binnen Asster weg gevallen zijn.

Vroeger werden de cliënten getraind op het langverblijf, nu kan dat niet meer, waardoor de cliënten bij ons terecht komen en soms helemaal niets meer kunnen. = belemmering

Men ziet wel dat men inderdaad zit na te denken rond het feit of sommige cliënten nog wel langer in opname moeten verblijven of dat ze beroep kunnen doen op ons. Ik vind dat we toch wel opname verkortend kunnen werken.

Ik vind dat we moeten streven naar nog meer uniformiteit. Men moet dezelfde zienswijze hebben om de cliënten te benaderen.

- **Tegen wanneer moeten deze doelstellingen worden behaald?**
/
- **Wat kan men nog meer doen om deze doelstellingen te behalen?**
Streven naar nog meer uniformiteit.
- **Wat gebeurt er wanneer deze doelstellingen niet behaald zouden worden?**
/

Maatschappelijk werk:

- **Zijn er maatschappelijk werkers die de zorg voor de cliënten mee opnemen?**
Ongeveer 70 % van onze hulpverleners zijn MA's.
- **Wat zijn de taken van deze maatschappelijk assistenten?**
De taak van de MA binnen onze dienst is 'woonzorg in de breedste vorm'. Bijna alle kerntaken van het maatschappelijk werk komen bij ons aan bod. Het is vooral belangrijk om een rehabilitatieplan op te maken. Hierbij moeten er activiteiten, taken en interventies worden ondernomen om dit te kunnen realiseren. Specifieke taken zie hierboven bij Wat doet Bewust.
- **Welke kerntaken van het maatschappelijk werk zou u plakken op de invulling van Bewust binnen Reling?**
Zoals ik al heb gezegd en het ook al duidelijk werd in het beschrijven van wat we doen, komen er heel veel kerntaken van het MW voor binnen onze werking.
 - Concrete dienstverlening
 - Psychosociale begeleiding psycho-educatie
 - Coördinatie van zorg en dienstverlening deelnemen aan tafel van indicatiestelling, teamvergadering, FACT-bordbesprekingen.
 - Signalering en beleidsgerichte werking
 - Opleidingen en vorming: wij zijn de coachen van de cliënten
 - Voorwaardescheppende taken
 - Informatieve dienstverlening en advies
 - Preventie wij hebben het dan vooral over de gezondheidspreventie. Wij moeten in het oog houden wat er gebeurt met de cliënt op het gebied van psychische –en fysieke gezondheid.
 - Bemiddeling (toeleiding)

- **Hoe loopt het uitvoeren van de taken in het algemeen voor Bewust?**

Zie eerder

- **Hoe verloopt het uitvoeren van het maatschappelijk werk?**

Verloopt wel heel goed vind ik. De moeilijkheid bestaat er wel in dat MA's veel meer moeten nadenken over wat er moet gebeuren bij cliënten die in een crisis zitten, men kan namelijk steeds minder terecht bij Asster. De MA's krijgen vanuit hun opleiding te weinig mee om hiermee te kunnen omgaan. Ze moeten dit leren door zichzelf te specialiseren en ervaring op te doen.

De samenwerking met bepaalde instantie verloopt moeilijk omdat wij de cliënten moeten vertegenwoordigen en daarbij altijd het beste willen voor onze cliënten, terwijl ik vind dat andere instanties dit niet altijd doen. Dit is toch wel frustrerend.

- **Eigen mening: Vindt u dat het maatschappelijk werk een meerwaarde heeft binnen deze functie?**

Ik vind het maatschappelijk werk zeker een meerwaarde hebben.

- **Welke meerwaarde heeft het maatschappelijk werk binnen deze functie?**

Het is belangrijk dat iemand kan opkomen voor de cliënten. Dit is zeker een rol die een MA kan opnemen.

De MA's hebben een goede opleiding omtrent gesprekvoering gekregen. MA's leren ook iets te organiseren. Deze vaardigheden heb je nodig om in groep te kunnen spreken.

Ze hebben een multi-kennis over verschillende domeinen. Dit is echt wel nodig, want je helpt personen die bijna op alle levensdomeinen zijn uitgevallen.

Je moet heel flexibel kunnen zijn, natuurlijk moet je geen MA zijn om flexibel te zijn, maar ik merk toch wel dat door de kennis en opleiding die een MA krijgt, de MA's een flexibele gedachtegang hebben.

Ik vind het maatschappelijk werk dus wel echt een meerwaarde, maar zou toch nog liever een gezondere mix van hulpverleners hebben, zodat ze elk hun eigen inbreng kunnen leveren.

Ik vind maatschappelijk werk belangrijk hierin omdat:

- Je moet multi-inzetbaar zijn
- Je moet goed kunnen communiceren, dit naar de cliënt, cliëntensysteem, GGZ-netwerk en andere diensten.

- Je moet jezelf in vraag kunnen stellen. Je moet steeds nadenken bij wat je doet en hoe je dat doet. Het is ook belangrijk om oog te hebben voor wat de noden zijn en hoe deze veranderen.
- **Ervaart u belemmeringen in het uitvoeren van het maatschappelijk werk?**
 - Je moet kennis hebben over heel veel terreinen.
 - Binnen de opleiding krijg je niet altijd mee hoe je nu met deze doelgroep aan de slag moet.
 - Men zou nog meer moeten kunnen schakelen in de zorg
 - Wij krijgen heel veel op onze nek doordat we niet meer op Asster kunnen terugvallen.
 - 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. Wij huren huizen op de markt, de prijzen zijn echter erg hoog. Deze prijs moeten we dan verrekenen aan de cliënt. Hierdoor zijn er wel cliënten die uitvallen omdat ze dat niet kunnen betalen.
- **Zou er nog meer maatschappelijk werk kunnen worden geïntegreerd?**
Er zijn al heel veel maatschappelijk werkers die bij ons zijn tewerkgesteld, dus ik denk het niet.
- **Wat zou men kunnen integreren aan maatschappelijk werk?**

Instream, doorstroom:

- **Wie geeft jullie de opdracht om de zorg op te nemen over een cliënt?**
Wij krijgen een vraag, dit kan vanuit een organisatie zijn of op eigen initiatief. We gaan dan een kennismakingsgesprek organiseren en we gaan er meer vertellen over wat Bewust nu precies is. Wanneer de cliënten dat zien zitten, krijgen ze een aanvraagformulier en een intakebundel mee.
Deze persoon wordt dan besproken op de volgende teamvergadering. Men gaat beslissen of de cliënt thuis hoort binnen beschut wonen of niet. Wanneer er positief wordt beslist komt hij op een wachtlijst terecht. Wanneer negatief wordt beslist, kijken we waar de cliënt wel terecht kan en verwijzen wij hem door.
- In bepaalde gevallen kunnen we dus weigeren, deze zijn:
- Wanneer er geen motivatie is om te werken aan dagbesteding, vrije tijd,... en men eigenlijk gewoon een woonst wil.
 - Je moet het kunnen betalen
 - Er moet een netwerk zijn. Hiermee bedoelen we dat er nog andere ondersteunende diensten moeten zijn, omdat de hulpverleners van Bewust onmogelijk alles kunnen opnemen. Zo wordt er voor de psychische hulpverlening meestal beroep gedaan op een DAGG of CGG.

- Impulsieve daders komen niet in aanmerking omdat we de veiligheid van de hulpverleners moeten kunnen garanderen.
- Wanneer de persoon beter af is met een andere hulpverlening.

Over het algemeen is er weinig exclusie. Je moet willen (motivatie), kunnen (betalen) en veiligheid bieden.

- **Hoe komen de cliënten bij jullie terecht (in functie van artikel 107)?**

Zie hierboven. Het merendeel van de cliënten wordt doorgestuurd door Asster nadat zij in opname zijn geweest. Ze kunnen natuurlijk ook door andere diensten worden doorgestuurd zoals CAW, andere psychiatrische ziekenhuizen, PVT, justitiehuizen, ...

- **Krijgen de cliënten een ander hulpaanbod naargelang ze bij jullie terecht komen op een normale wijze of via Reling?**

Neen daar maken wij geen onderscheid in.

- **Welke cliënten worden zoal doorgestuurd door Reling naar Bewust?**

Dit zijn cliënten die een langdurige psychiatrische stoornis ondervinden, waardoor er uitval is op verschillende levensdomeinen en ze zelf de nodige vaardigheden missen om terug te kunnen integreren in de maatschappij.

- **Hoe ziet een hulpverleningstraject eruit?**

Zie hierboven

- **Hoe lang duurt een (gemiddeld) hulpverleningstraject?**

Er is geen maximumduur, maar we willen ook niet langer begeleiden dan nodig. We willen hun eigenlijk 'kietelen' om zelfstandig verder te gaan. Je ziet vaak bij het begin van het traject of dit cliënten zijn die na een aantal jaar gaan doorstromen of dat het 'old long stays' worden.

- **Wat gebeurt er met de cliënten wanneer het hulpverleningstraject wordt afgerond?**

Dan gaan ze zelfstandig op weg, we geven hen de kans om dan een nieuwe woonst te zoeken en tot dan kunnen ze nog blijven.

- **Doen jullie aan psychische hulpverlening of moeten de cliënten daarvoor hulp zoeken bij andere diensten?**

Wij zijn coachen, maar doen niet echt aan psychische hulpverlening, hier doen we meestal beroep op DAGG's, CGG's of een PZ

- **Wie verzorgt de toeleiding naar de andere diensten?**

Dit zijn meestal de twee vaste begeleiders

- **Hoe verloopt deze toeleiding?**
Dit loopt wel goed, maar het probleem zijn de wachtlijsten. Ik merk ook dat mensen steeds meer 'à la minute' geholpen willen worden. Daarbuiten is er nog een tekort aan psychiaters.
- **Kunnen jullie cliënten weigeren wanneer ze worden doorgestuurd via Reling?**
Voorwaarden zie hierboven
- **Wordt er onderling afgesproken tussen Reling en Bewust wat er met de cliënten gebeurt?**
Dit kan worden besproken op de tafel van indicatiestelling.

Samenwerken Reling en Bewust:

- **Hoe verloopt de samenwerking tussen Bewust en Reling?**
De samenwerking loopt wel goed. Ik vind netwerking een heel goed punt. Het hebben van een netwerk is noodzakelijk om de cliënt te kunnen verder helpen binnen een beschutte woonorganisatie. Wij zijn de coachen, maar moeten voor allerlei andere aspecten en regelingen beroep doen op andere diensten en instanties. Daarbij is een netwerk dus zeer belangrijk.

Daarbij investeren wij in de uitbouw van functie 5.
- **Welke middelen hebben jullie geïnvesteerd in Reling?**
Wij nemen deel aan de tafel van indicatiestelling. Wij proberen ook functie 5 uit te bouwen.
- **Wat vinden jullie van het project Reling?**
Zoals ik hierboven al heb gezegd, ik vind het een goed initiatief. Netwerking is voor ons zeer belangrijk.
- **Ervaren jullie belemmeringen door de organisatie van hogeraf?**
Door de afbouw van ziekenhuisbedden stijgt de druk binnen Asster, waardoor wij minder beroep kunnen doen op Asster. Dit zorgt wel voor wat problemen, maar ik denk dat deze druk wel gaat verbeteren naarmate de uitbouw van de andere functies op punt staat.
- **Zijn er knelpunten waarop jullie stuiten in de werking van bewust binnen artikel 107?**
De wachtlijsten zijn wel een probleem
- **Wat zijn de positieve punten in het hele artikel 107 verhaal?**
 - De netwerking is heel belangrijk

- Hierdoor kunnen we ervoor zorgen dat cliënten gemakkelijker en sneller integreren in de maatschappij.
 - Het principe van subsidiariteit dat men hierdoor kan toepassen.
- **Wat zijn werkpunten binnen het artikel 107 verhaal en welke rol kan bewust en het maatschappelijk werk hierin opnemen?**

Binnen de regio Sint-Truiden liggen heel wat instanties die instaan voor mensen met een psychische of psychiatrische problematiek. Alles ligt hier centraal gelegen. Dit is zeker goed om het idee van een netwerk te kunnen realiseren. Ik zou enkel nog meer uniformiteit tussen de diensten willen. Een voorbeeld hiervan is dat vlak langs ons de mobiele teams gevestigd zijn. We zouden bijvoorbeeld een uniform aanmeldingsformulier kunnen maken. Ik bedoel eigenlijk het idee van één centraal overleg waar alle cliënten worden besproken en zo gekeken gaat worden waar die persoon het beste terecht kan. Dit gebeurt nu al bij de tafel van indicatiestelling, maar dat is enkel voor de hele complexe situaties.

Wanneer we zo een centraal aanmeldpunt zouden willen realiseren zou men intensief moeten samenwerken. Dit idee is echter tijdrovend en men zou veel meer middelen ter beschikking moeten hebben. Dus dit zit er helaas nog niet direct in.

Bibliografie

Mondelinge bronnen:

- 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 werker binnen het Buddyproject.
- Het acute crisisteam binnen Reling
Van Overwalle, L., Interview. Formeel gesprek, 28 Maart 2014. Maatschappelijk werker binnen 2A team