

Belangrijkste besluiten vanuit de debatten per “inhoudelijke” stelling.

Tijdens de evaluatie-dag “RELING onder de loep” werd door de “share- en stakeholders” tijdens één namiddag gedebatteerd a.d.h.v. 15 stellingen die voortvloeiden uit de evaluatie van de tussen 2011 en 2015 gerealiseerde doelstellingen uit de projectfiche RELING. In dit overzicht leest u de voornaamste besluiten die we hebben geleerd uit deze debatten.

De evaluatie-dag en bijhorende debatten kwamen tot stand dankzij de inzet en expertise van:

- *de meer dan 120 betrokken en enthousiaste deelnemers*
- *de tafelmoderatoren: Karen Beuckx, Hans Schröter, Philip Swerts, Dette Court, dr. Olivier Bollen, Debra Van Leuven, Inge Schols, Joris Smets, Dirk Michiels, Anita Jans, Steven Dewulf, Luc Schalenbourg, Kristel Vanden Driessche, Jan Gilissen en Guido Vrolix*
- *de functiecoördinatoren: Anne Neyskens, Raf Remans, Eddy Daems, Niek Geuens, dr. Marie-Paule Clerinx en Fons Plas*
- *de administratief en organisatie assistenten: Peggy Kuenen en Katrien Laureys*
- *de dagvoorzitter: Jaak Poncelet*

Lang deze weg, bedankt voor jullie inzet en bijdrage!

David Dol, Netwerkcoördinator RELING

Patiënten weten zelf wat goed voor hun is, hulpverlening wordt enkel vraag-gestuurd georganiseerd.

- De evolutie naar vraag-gestuurde zorg verstrekking is ingezet. De wensen van de patiënt komen steeds meer op de voorgrond. We nemen als hulpverleners de zorg niet op vanuit en eigen inschatting maar polsen de patiënt naar zijn wensen en verwachtingen. Onze rol als hulpverleners bestaat er in om duidelijke, heldere informatie aan te leveren en patiënten te ondersteunen en coachen in het uiten van wensen en verwachtingen.
- Er wordt een open, luisterbereide en soepele houding van de hulpverleners vereist. En een loslaten van de hulpverleners eigen waarden en normensysteem. Hulpverleners hebben hierin nood aan vorming, ondersteuning en coaching.
- Hoe ‘vraag-gestuurd’ werken in bepaalde contexten? Zoals bijvoorbeeld bij een collocatie, bij patiënten die zichzelf tijdelijk hebben opgegeven, bij patiënten met een te beperkt ziekte-inzicht, ... ?
→ Hulpverleners kunnen, zoveel mogelijk in overleg met het netwerk en in aansluiting met de leefwereld van de patiënt, situaties inschatten en eventuele zorgvragen formuleren en afstemmen met de patiënt.

Eerstelijnswerkers hebben ook beroepsgeheim dus kunnen alle hulpverleners vrijuit met elkaar over de patiënt praten.

- Niet iedereen waarmee je overlegt pleegt heeft een strikt juridisch kader waarin het beroepsgeheim omschreven staat.
- Waarvoor moet de gedeelde informatie dienen? Sommige overlegactoren kunnen vanuit hun rol een andere finaliteit hebben. Deze finaliteit is vaak onduidelijk. Afspraken (wie doet wat met welke informatie?) hierover ontbreken vaak.
- Niet “over” ons “zonder” ons.
Waarom deze informatie-uitwisseling? Over welke informatie gaat het? Gekaderd in welke context? Met welke actoren worden gegevens gedeeld? Is de kwaliteit en veiligheid van de gedeelde informatie geborgen?

Een psychologische interventie kan door elke hulpverlener worden gedaan.

- Een psychologische interventie is een expertise. Het is meer dan luisteren, steunen, meevoelen, raad geven, enz.
- Een psychologische interventie vergt interpretatie, gespecialiseerde inschattingen en moet leiden tot veranderprocessen.
- Psychologische interventies zijn één middel in een complementair gamma van interventies aangeboden vanuit diverse ervaringen en disciplines.

Mobiele teams zijn gratis en komen aan huis. Dit werkt het installeren van afhankelijke comfortzorg in de hand.

- Dat mobiele teams in de context van de patiënt komen (zoals bijv. thuis) is een meerwaarde en moet mogelijk blijven.
- Het tijdelijke gratis aanbod speelt de laagdrempeligheid van de zorgvorm in de kaart. Betaalde zorg, daartegenover, geeft wederkerigheid.
- Het tijdelijke gratis aanbod verhoogt voor sommigen echter de drempel naar betaalde nazorg. De kostprijs van zorg (voor de patiënt) wordt best evenredig verdeeld over alle zorgvormen zodat hiertussen geen financiële concurrentie ontstaat.
- Opletten met moeilijk te bereiken doelgroepen (zoals zorgmijders) waar de kostprijs een argument kan zijn om uit zorg te blijven.

Mobiele A teams moeten 24/7 bereikbaar en inzetbaar zijn.

- Mobiele A teams zouden 24/7 bereikbaar moeten zijn: zodat in elke situatie gebruik kan worden gemaakt van de expertise van het crisisteam, zodat in elke situatie in overleg kunnen worden gegaan met het team.

- De noden naar inzetbaar van het team zijn overdag groter dan 's nachts.
- Gedwongen opnames voorkomen en begeleiden vereist een 24/7 inzetbaarheid. Maar is dit een taak van het crisisteam? Of eerder van een psychiatrisch urgentieteam?
- 24/7 bereikbaarheid en eventueel inzetbaarheid vraagt een behoorlijke versterking van de huidige capaciteit.

Mobiele B teams streven altijd naar afronding van hun begeleiding.

- Streven naar afronding van zorg is inherent aan herstelondersteunende zorg en empowerment. Patiënten worden begeleid naar zo volledig mogelijke zelfstandigheid, met steun van hun omgeving waar nodig. Blijvende professionele houvast wordt zoveel mogelijk vermeden, tenzij anders geïndiceerd.
- Het "zorg op maat" principe garandeert dat de begeleiding niet te vroeg wordt afgebouwd, maar steeds in afstemming met de ervaren zorgnoden vanuit de persoon zelf, diens naasten en professionele netwerk.
- Afbouwen van professionele zorg gebeurt op een getrapte wijze, alleen wanneer de patiënt en het netwerk rondom voldoende aangesterkt zijn. Dit zit vevat in de afrondingscriteria en -verloop.
- Afronden van professionele zorg gaat gepaard met afspraken rond de signaalfunctie. Via een 'alarmbel' functie kan de expertise van een mobiel B team snel en zonder instroomprocedure her- ingeroepen worden.

Leren 'omgaan' met je kwetsbaarheden en beperktheden (heroriëntatie en re-integratie) behoren niet tot de behandeling en gebeuren derhalve buiten de diverse residentiële en ambulante behandelsettings.

- (her-)Oriëntatie en (re-)integratie kan een opdracht zijn van elke zorgactor, weliswaar volgens het stepped-care principe (welzijn > zorg > ggz).
- Er is in het huidige welzijns- en GGZ-landschap een grote nood aan de verdere uitbouw van (her-)oriëntatie en (re-)integratie expertise. Hierbij kan een hechte samenwerking tussen de bestaande huidige actoren een belangrijke meerwaarde betekenen.
- (her-)Oriëntatie en (re-)integratie acties gebeuren zo veel mogelijk 'in het echte leven' (in vivo).

Een centraal aanmeldingspunt (gekoppeld aan welzijn) is onontbeerlijk in een subregionaal rehabilitatie – zorgcircuit. Rehabiliteren is immers hoofdzakelijk een opdracht van welzijn en niet van gezondheidszorg.

- Spreken we van een centraal aanmeldingspunt of een centraal informatiepunt?
Een centraal informatiepunt is meer vrijblijvend als het centraal aanmeldingspunt. Het tweede impliceert dat je daar als zorgvrager "moet" passeren om aan zorg te geraken. Voor beide functies zijn er voor- en tegenargumenten.

- Een centraal aanmeldings- of informatiepunt kan zeer nuttig zijn. Op deze manier blijft de patiënt eigenaar van zijn zorgtraject en beschikt hij over een laagdrempelig informatie- en adviespunt.
- De organisatie van een centraal aanmeldings- of informatiepunt voor (re-)integratie kan enkel worden gerealiseerd via een doorgedreven samenwerking tussen verschillende integratie-ondersteunende partners uit welzijn en zorg.

Clënten hebben nood aan één “levenscoach” i.p.v. een coach per levensdomein (wonen, werken, VT, ...)

- Er bestaat veel begripsverwarring rond de “levenscoach”. Hoe verhoudt deze zich bijvoorbeeld ten opzichte van de referentiepersoon, de houvastbegeleider, de vertrouwenspersoon, de casemanager, enz.
- Een integrale zorgcoach zou patiënten langdurig kunnen opvolgen en indien nodig verschillende specialistische expertises aanbevelen.
- Bepaalde doelgroepen en specifieke rehabilitatievragen hebben een specialistische aanpak, methode of expertise nodig. Op voorwaarde dat hierin het stepped-care principe gehanteerd wordt.

Het inschatten van niet urgente zorgnoden gebeurt “in vivo” met betrokkenheid van patiënt en omgeving.

- Betrokkenheid is te zwak uitgedrukt. Zorgnoden worden altijd ingeschat samen met de patiënt, zijn verwijzer en zijn netwerk.
- De omgeving wordt niet alleen betrokken maar heeft zelf vaak nood aan informatie, advies en begeleiding.
- Iedere hulpverlener is capabel om zorgnoden in te schatten. Niet alleen psychiatrische hulpverleners.
- Kunnen mobiele teams op termijn de poortwachtersfunctie GGZ opnemen?
- ‘In vivo’ bevat meerdere contexten dan alleen ‘thuis’.

De duur van een residentiële behandeling wordt ofwel mede bepaald door de cliënt, zijn omgeving en zijn aanmelder ofwel enkel bepaald door de ernst van de problematiek.

- Meestal zijn beide factoren belangrijk in het bepalen van de duur van een residentiële opname. Bijkomend spanningsveld hierbij is een evenwicht vinden tussen snelle, korte en efficiënte interventies versus duurzame, herstelgeoriënteerde interventies die een zekere tijd vragen.
- De patiënt en zijn omgeving zijn betrokken in het behandelplan en het is duidelijk wie de regie houdt. De behandeldoelen zijn verduidelijkt a.d.h.v. een behandelplan.
- Wat is echter voldoende ‘resultaat’ van een residentiële behandeling om deze af te ronden? Het behalen van die concrete behandeldoelen in relatie tot gedragenheid bij de leefomgeving en het netwerk van de patiënt.

- Intensieve zorg vraagt intensiever overleggen. Zodat informatie correct, snel en doelgericht wordt gedeeld.
- Erkenning en ondersteuning van de krachten van de patiënt, zijn familie en zijn netwerk werken opnamevermijndend en -verkortend.

Ambulante actoren voeren de regie over een residentiële behandeling.

- Niet noodzakelijk. Er moet bij een residentiële behandeling meer aandacht komen voor een grotere betrokkenheid van de ambulante actoren. Dit vergt correct en doelgericht informatie delen met medeweten en goedkeuring van de patiënt. Zowel van wat vooraf ging aan de opname, als tijdens en na de opname.
- Er moet meer aandacht gaan naar het onderzoeken en bespreken van welke expertise beschikbaar en bruikbaar is bij en na een ontslag uit een residentiële setting.
- Moet bij een opname het ziekenhuis alle aspecten van iemands leven overnemen van de patiënt en zijn ambulante actoren? Bepaalde ambulante lopende acties kunnen tijdens een opname best verdergezet worden, eventueel met ondersteuning vanuit het ziekenhuis.

De huisarts is de spil van ieders gezondheidszorg, dus ook van de bewoners van specifieke, gespecialiseerde woonvormen.

- Ja, maar niet alleen op vlak van gezondheidszorg maar ook op vlak van welzijn.
- In een gespecialiseerde woonvorm kan de huisarts als spilfiguur samenwerken met verschillende ondersteunende functies zoals de woonbegeleider, de vertrouwens- en/of referentiepersoon. Toegang tot het bewonersdossier zal het werk van de huisarts sterk faciliteren.
- De vrije keuze van huisarts voor de bewoner wordt gerespecteerd met aandacht voor de continuïteit van zorg.

Een alternatief wooncircuit dringt zich op omdat regulier wonen voor bepaalde groepen onhaalbaar is.

- Neen, we dienen in eerste plaats personen met woonproblemen meer, sterker en vasthoudender te begeleiden. Opnieuw vertrekkend vanuit een evenwichtig tussen herstelondersteunende begeleiding en continuering van zorg.
- Een alternatief wooncircuit biedt zelden een ware 'thuis'.
- We zien meer heil in een sterkere verbondenheid tussen actoren in woonbegeleiding (zorginhoudelijk) en maatschappelijke actoren die de overige aspecten (betaalbare woningen, financieel beleid en regelgeving) behartigen.

Sterk gespecialiseerde zorgvormen met intensieve begeleiding kunnen niet in iedere subregio, zelfs niet in ieder netwerk gerealiseerd worden.

- Per (sub-) regio bekijken we best welke woonvormen er zijn, zodat daarop maximaal kan worden ingespeeld door een “zorg-wonen-netwerk”, gebaseerd op vraag versus aanbod.
- Personen met een GGZ aandoening kunnen doorstromen naar reguliere woonvormen wanneer een bepaalde stabiliteit wordt bereikt. Waar nodig met de ondersteuning van een outreachende team.
- Er zijn grenzen aan de vermaatschappelijking van zorg. Zowel financiële als maatschappelijke grenzen. Hypergespecialiseerde zorgvormen zullen een ander werkingsgebied hebben dan de gekende netwerk(sub-)regio 's.