



PB-PP
BELGIE(N) - BELGIQUE

afgiftekantoor Masspost Hasselt

masster^{*}

vakblad van vzw asster

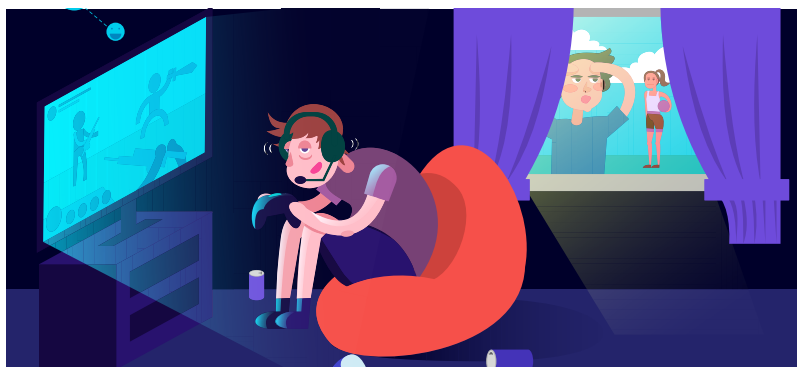
halmaalweg 2 | 3800 sint-Truiden | www.asster.be

juni 2022 jaargang 11, nr. 1 | 1 editie per jaar



inhoud

masster | juni 2022



3 Editoriaal

4 **Intensieve Dienst Orion 1, Asster: Integratie van herstelgerichte zorg en de meerwaarde van samenwerking met ervaringswerkers op een intensieve opnamedienst voor psychosegevoelige personen**

8 **Gamen, een hobby of een stoornis? Vroeginterventie en behandeling van gamestoornissen bij jongeren**

11 **Een ambulante aanbod voor jongeren met een verslavingsrisico**

15 **Pyxis: dagbehandeling voor jongeren in “transitieleeftijd”, een nieuwe eenheid in Asster**

17 **Zes netwerkinitiatieven, één doel!**

23 **Ziekenhuisschool De Radar groeit verder op campus Stad**

24 **Mijn woord van het jaar is HOOP**

26 **Hoogst aantal gedwongen opnames ooit...**

EDITORIAAL

Ons vorig nummer was een themanummer rond psychische problemen bij jongvolwassenen. Een paar belangrijke thema's m.b.t. deze leeftijdsgroep ontbraken nog, meer bepaald 'gamen', 'verslaving' en 'dagklinische zorg'. Deze thema's krijgen in dit nummer een plaats.

De lezer zal in dit nummer ook een beeld krijgen van de werking van de afdeling Orion 1, een afdeling voor opname en behandeling van jongvolwassenen en volwassenen met een psychose.

Verder wordt ruim aandacht besteed aan de nieuwe ontwikkelingen binnen het netwerk Reling en de uitbreiding van de ziekenhuisschool in Asster.

Met dit nummer komt er een einde aan de gedrukte versie van Masster. Maar niet getreurd: Het informatie-aanbod blijft bestaan en wordt zelfs uitgebreid, maar onder een andere, meer moderne vorm. Meer hierover lees je hierna.

Wij wensen je veel leesgenot.

Bert Plessers

Jaak Poncelet

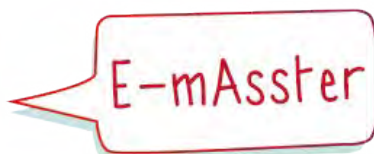
Dr. Andy De Witte,

Naar een nieuwe gemoderniseerde DigiMasster

De gekende gedrukte versie van onze Masster zetten we om in een digitale online versie. Qua inhoud verandert er niets. We blijven jullie interessante thema's en diepgaande inhoudelijke artikels aanbieden. Dit over alles wat er reilt en zeilt rond psychiatrische zorg, ons ziekenhuis en verzorgingstehuis.

Je kan nu al een kijkje nemen via <https://www.asster.be/digimasster/>.

Hoe blijf je op de hoogte van nieuwe artikels?



Een digitale nieuwsbrief die je om de twee maanden per mail toegezonden krijgt. In deze nieuwsbrief krijg je een overzicht van alle verschenen artikels in de voorbije periode.



Een per post verstuurd publicatie met een overzicht van het afgelopen jaar.

Ben jij eerder een social media follower? Volg ons dan op onze Facebook en LinkedIn-pagina.

Schrijf je in om beide publicaties te blijven ontvangen!

Wij hebben jouw toestemming nodig om je deze publicaties toe te sturen. Die kan je ons enkel geven door je in te schrijven op de volgende webpagina.

<https://www.asster.be/dmasster/>



Intensieve Dienst Orion 1, Asster: Integratie van herstelgerichte zorg en de meerwaarde van samenwerking met ervaringswerkers op een intensieve opnamedienst voor psychosegevoelige personen.

Orion 1

Niels Paulus,
Afdelingshoofd
Chama Choua,
Ervaringswerker
Lut Vanelven,
Klinisch psycholoog
Dr. Geraldine Einfinger,
Psychiater

zie foto
van rechts naar links

1. Voor wie zorgen we?

De zorgcluster Orion staat in voor de opname, behandeling en rehabilitatie van jongvolwassenen en volwassenen met een psychotische stoornis, al dan niet gecombineerd met een afhankelijkheid aan middelen. **Orion 1 situeert zich binnen de zorgcluster Orion als een afdeling voor opname en kortdurende behandeling voor jongvolwassenen en volwassenen (+18j – 65j).** Patiënten kunnen hier terecht voor een vrijwillige opname en heropname, maar ook patiënten met een gedwongen statuut worden opgenomen. De afdeling heeft daarvoor **24 bedden** ter beschikking, waarvan 22 reguliere bedden en **twee crisisbedden**. Het doel van deze crisisbedden is dat er steeds een opnameplaats ter beschikking is, enerzijds voor een gedwongen opname en anderzijds ter ondersteuning voor het (mobiele) netwerk indien er een acute vraag is naar residentiële behandeling.

Psychotische stoornissen behoren tot één van de diagnostische categorieën die men omschrijft als 'ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA)' wat men begrijpt als *'een complexe, langdurige en invaliderende psychische problematiek met een impact op het hele functioneren van de psychisch zieke persoon'*.

Differentieel diagnostisch onderzoek bij psychotische stoornissen is tevens een complex gegeven.

Diagnostiek is persoonlijk waarbij we de patiënt zien als een uniek persoon met unieke zorgbehoeften. Diagnostiek is ook functioneel. We brengen in kaart wat iemand nog kan en niet meer kan. We beschrijven onderliggende psychologische disfuncties en we beschrijven die **transdiagnostisch**. We werken vanuit een **dimensioneel kader** (← → categoriaal). Omdat wanen, formele denkstoornissen en hallucinaties niet goed zijn af te grenzen van wat men alledaagse maar bijzondere en opmerkelijke ervaringen noemt, werken we vanuit een **continuüm** perspectief. We zijn ons ervan bewust dat de diagnostische praktijk complex is. Psychose omschrijven we

als een psychiatrisch toestandsbeeld waarbij de patiënt het normale contact met de werkelijkheid gedeeltelijk of geheel kwijt is. Psychose kan een toestandsbeeld zijn, maar ook een belangrijk kenmerk van een psychiatrische aandoening. We hanteren diagnostische begrippen zoals schizofrenie, schizo affectieve psychose, reactieve psychose, waanstoornis... met de nodige voorzichtigheid.

Complex zijn tevens de gevolgen van een psychotische decompensatie.

Zowel op lichamelijk, sociaal-emotioneel, administratief als maatschappelijk vlak kunnen zich ernstige en ingewikkelde problemen manifesteren.

Ten gevolge van gebrekkige zelfzorg en een vertekend lichaamsbeeld en -schema kunnen zich ernstige gezondheidsrisico's met ernstige ziektes (hart en vaat-aandoeningen, infectieuze aandoeningen, diabetes, auto immuunziekten, ...) ontwikkelen.

Ook de sociale en maatschappelijke gevolgen kunnen ernstig zijn: werkverzuim, verlies van werk, verlies van inkomen, niet in orde zijn met de ziekteverzekering, onbetaalde facturen en schuldenlast, uithuiszetting en dakloos worden.

Doordat een psychotische decompensatie een ernstige beperking van het dagelijkse functioneren kan veroorzaken kan een gebrek aan zelfzorg en verwaarlozing van huishoudelijke taken (chaos, opstapeling van huisvuil), maar ook sociale isolatie en vereenzaming verstrekkende gevolgen hebben.

Algemeen is immers gekend dat mensen die een psychose doormaken primair (ten gevolge van psychotische inhoud) maar ook secundair (ten gevolge van lijdensdruk en toenemend ziekte-inzicht en hopeloosheid) een verhoogde kans hebben tot een suïcidepoging alsook suïcide.

Ook het opvolgen van de gevolgen van een psychotische decompensatie vraagt een intense en professionele opvolging door het netwerk.

2. Opname

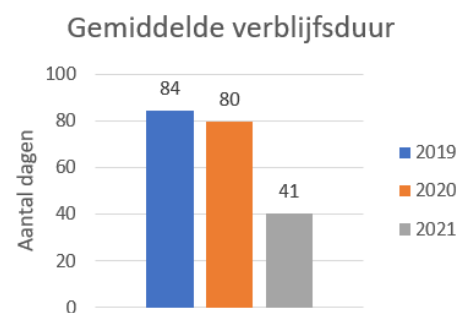
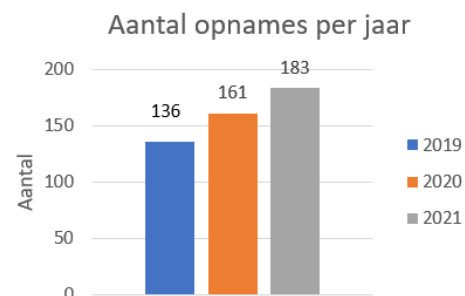
De patiënt kan zo overweldigd worden door de aandoening/symptomen dat een opname noodzakelijk is.

Indien iemand wordt opgenomen proberen we in het kader van herstel, contactbehoudend met de omgeving te werken. Vandaar dat de opname in een open cultuur plaatsvindt.

Mensen met een psychose hebben geen nood aan een gesloten setting, wel aan bescherming. Het klinisch toestandsbeeld van de patiënt bepaalt daarbij of iemand al dan niet een gesloten setting nodig heeft. Maar ook de beveiliging van personeel en medepatiënten zijn belangrijk.

De inschatting of de patiënt bij opname een gesloten unit nodig heeft, gebeurt door de arts in overleg met de aanwezige verpleegkundigen. Het opnamegesprek vindt plaats in de gesloten setting. De uiteindelijke beslissing en medische verantwoordelijkheid ligt bij de arts.

Enkele cijfergegevens i.v.m. Orion 1.





Ondanks de afbouw van bedden (van 30 bedden in 2017 naar 23 bedden in 2021), zien we de afgelopen jaren een toename in het aantal opnames.

De intensifiëring van zorg (afbouw van bedden met een behoud van personele middelen) lijkt er mede toe te leiden dat de opnameduur de afgelopen jaren kon verkort worden, met een opvallende daling in 2021. Om een kwaliteitsvolle behandeling met een kortere opnameduur te bekomen, investeren we ook in een intensievere samenwerking met het ambulante netwerk rondom de patiënt.

De meerderheid van de patiënten op Orion 1 verblijven op de afdeling onder gedwongen statuut (gemiddeld 60%). Dat aantal neemt jaar na jaar toe. Deze toename zorgt voor een aanzienlijke verhoging van de opnamedruk en verhoogt ook de intensiteit van de behandeling, zowel voor de patiënt als voor de medewerker.

3. Herstelgerichte zorg

Herstelgeoriënteerde zorg impliceert een **holistisch perspectief**. De patiënt die aan onze zorg wordt overgelaten benaderen we respectvol met begrip voor zijn eigenheid, zijn leefwereld, zijn overtuigingen en de waarden die door hem en zijn omgeving worden nagestreefd, mits respect voor medemens en de veiligheid van de omgeving. De waarden die we nastreven zijn: de gelijkwaardigheden van de mensen – de uniekheid van de mens – het burgerschap – de mogelijkheden van de mensen.

Vanuit een herstelgerichte visie is de insteek een **positieve** opvatting over de gezondheid en persoonlijke groei van patiënten. We maken ruimte voor het **faciliteren van herstel**.

Bejegening van zorg- en leefvragen worden gedragen door alle betrokken zorgverstrekkers. We vertrekken vanuit een emanciperend denkkader, waarbij we uitgaan van de subjectiviteit van de patiënt en ingaan op waar de patiënt mee zit. We hanteren een bevragende gespreksstijl.

Dat houdt in dat we streven naar een maximaal haalbare inbreng van de patiënt en zijn steunfiguren. **Participatie** waarbij de patiënt zoveel mogelijk wordt uitgenodigd om mee te denken over zijn behandeltraject is een dagelijks werkwoord.

We hanteren daarbij een **therapeutische relatie van 'holding'**: een warme, veilige relatie waarin het individu zich erkend en geborgen voelt. We dragen een boodschap van hoop uit, met op zoek gaan naar een nieuwe betekenisgeving en richting van hun leven met respect voor het functioneren van voordien.

4. Behandeling

De herstelvisie is een dragend kader, maar toch is er enige aansturing nodig bij mensen die een psychose doormaken en onvoldoende voor realiteit vatbaar zijn en soms zelfs handelings- of wilsonbekwaam zijn. Daarom wordt **behandeling** aangeboden. Deze aangeboden behandeling is **evidence-based**.

Antipsychotica vormen de hoeksteen van de behandeling van psychotische stoornissen, waarbij de voorkeur uitgaat naar tweede generatie antipsychotica. Een nauwkeurige metabole screening en monitoring is daarbij aangewezen.

Bij een psychotische stoornis is er vaak een gebrek aan ziekte-inzicht, waardoor patiënten niet altijd openstaan voor medicatie-inname. Bij een acute episode is vaak een hogere dosis nodig dan bij de onderhoudsbehandeling, al dan niet in combinatie met de opstart van een benzodiazepine. In een latere fase, wanneer de psychotische symptomen minder hevig zijn, kan de dosering aangepast worden.

Naast het klinisch toestandsbeeld en de respons, houdt men bij de keuze van een antipsychoticum rekening met het nevenwerkingenprofiel, de therapietrouw en de verschillende mogelijke toedieningsvormen. We proberen steeds in dialoog te gaan bij het zoeken naar een geschikte medicatie met een aanvaardbaar evenwicht tussen effectiviteit en neveneffecten.

Naast farmacotherapie worden therapie sessies vanuit herstel gerichte zorg, en cognitief gedrags-therapeutische interventies en Acceptance and Commitment Therapie aangeboden.

5. Meerwaarde van ervaringswerkers

'Ervaringsdeskundigheid ontstaat wanneer mensen hun herstelervaringen delen, daarop leren reflecteren en vaardigheden en competenties ontwikkelen om ruimte te maken voor herstel van anderen en daarin ondersteuning kunnen bieden.' (Trimbos, HEE).

Eind 2019 zijn we vanuit de werkgroep gestart met kennismaking en verwelcoming van twee ervaringswerkers.

Een **ervaringswerker GGZ** is iemand die op basis van persoonlijke ervaringskennis in de geestelijke gezondheidszorg in staat is deze kennis, in welke vorm dan ook, door te geven aan anderen en deze in te zetten om anderen in crisis en op kwetsbare momenten van hun leven te ondersteunen en te begeleiden in hun herstelproces. Ze werden verwelkomd in het team van Orion 1 en door het diensthoofd en afdelingspsycholoog uitgebreid geïnformeerd over de organisatie en visie van de afdeling.

Eén van de verpleegkundigen nam maar al te graag het peterschap waar om hen bij te staan op de werkvloer.

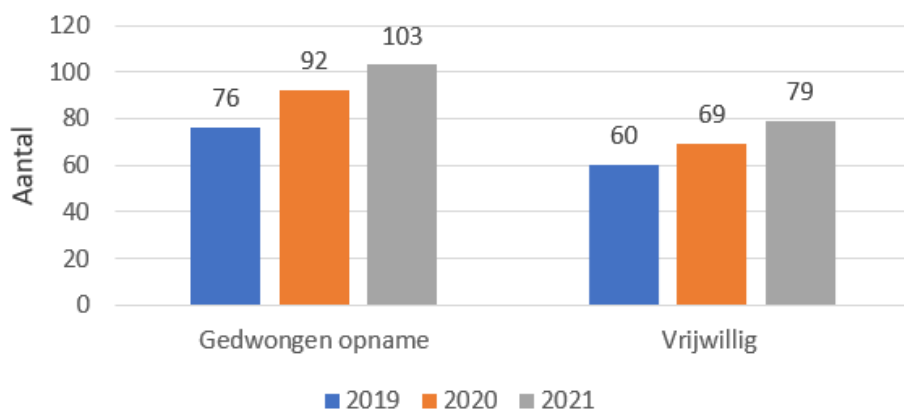
Patiënten werden tijdens individuele contacten en groeps sessies bevraagd over wat hun verwachtingen, wensen en bedenkingen zijn in de samenwerking met de nieuwe medewerkers.

Op basis van al deze input werd een info brochure samengesteld waarbij de ervaringswerkers hun visie en aanbod voorstelden.

Geleidelijk namen ze deel aan bepaalde sessies en interventies zoals de week- en dagopener, psycho-educatie sessies, wandelmomenten,... Belangrijk is dat hun inzet **laagdrempelig en erg nabij is**.

Ervaringswerkers werden gevraagd om patiënten tijdens de eerste dagen van hun opname een kamerbezoek te brengen, zichzelf voor te stellen maar vooral om present te zijn en een luisterend oor te bieden aan hen. Vooral tijdens de eerste periode van de corona pandemie waarbij patiënten soms dagen kamerstatuut kregen waren die bezoeken van onschatbare waarde waarvoor patiënten en wij als team hen nu nog ontzettend dankbaar zijn.

Wijze van opname (gedwongen vs. vrijwillig)



Dit kwam vooral tot uiting na een eerste evaluatie waarbij patiënten getuigen:

‘Bedankt dat je naar mij luisterde.’

‘Dat je even bij mij kwam zitten en niet direct begon over medicatie.’

‘Fijn dat je met mij die wandeling hebt gemaakt.’

‘Jij kunt precies in mijn hoofd kijken.’

Ook ervaringswerkers zelf gaven aan dat ze een positieve vibe ervoeren.

Enkele uitspraken van hen zelf:

‘Patiënten nemen contact met ons op voor een babbel of een wandeling. Vaak benaderen we een cliënt ook iets anders dan een zorgverlener. Eerder vanuit mogelijkheden en krachten en wanneer we iets aangeven over het eigen herstelproces ontstaat er vaak een connectie.’

‘Ik vind dat er een fijne respons is van de cliënten. Ze appreciëren erg dat we tussen hen zitten. Ik maak er graag tijd voor. Ik voel wat zij voelen want ik heb het zelf beleefd. Ik ervaar dankbaarheid, men voelt zich begrepen en ik ben een luisterend oor voor hen’.

Vanuit het team kwam er niet enkel appreciatie voor hun inzet voor de individuele patiënt, maar ook dat hun visie en bedenkingen een meerwaarde zijn in de benadering van patiënten:

‘Ze weten wat het is om psychisch kwetsbaar te zijn.’

‘Wij denken dat wij het weten maar zij weten het.’

‘Ze doen het en ze doen het goed.’

Twee jaar verder zijn de ervaringswerkers volledig geïntegreerd in de opvang en begeleiding van de patiënten van Orion 1. Naast individuele contacten bieden ze ook herstel-sessies aan. De volgende sessies zijn ondertussen een vaste waarde geworden in het therapie aanbod voor patiënten van Orion 1.

Eenzijdig worden ‘herstelsessies’ aangeboden en anderzijds een ‘doelzoeker sessie’.

De ervaringswerkers geven er de volgende omschrijving aan.

De herstelsessies:

‘Door middel van de sessie ‘herstel gericht werken’ herontdekken cliënten wie ze zijn, wat ze kunnen, wat ze weten, wat ze willen. Het lotgenotencontact en het groepsgevoel zijn daarbij essentiële factoren. Deze wekelijkse groepsessie worden begeleid door de ervaringswerker. Het is belangrijk om, in je weg naar herstel, je eigen tempo te volgen’.

De doelzoeker sessie:

Doelzoeker is gebaseerd op de zelfdeterminantietheorie van Deci en Ryan (2008). Volgens deze theorie geef je invulling aan drie basisbehoeften: talenten, relaties en zelfstandigheid. De vragen op doelzoeker gaan over die thema’s en spreken de intrinsieke motivatie van de patiënten aan.

“Doelzoeker is zeker een **handige instrument** in het begin van jouw herstelproces. Het helpt je om even tijd te nemen, om te focussen op jouw toekomst na diagnose. Van je psychische kwetsbaarheid een sterkte proberen te maken om zo anderen te helpen... Dat geeft zin.”

Daarnaast zijn de ervaringswerkers ook beleidsmatig betrokken bij het uitwerken van enkele afdelingsprojecten.

Zo hebben ze een belangrijk steentje bijgedragen in het uitwerken van de zorg - en nazorg map voor patiënten.

Ook bij de visie groepen werden ze betrokken en denken ze onder andere mee na over hoe we vrijheidsbeperkende maatregelen minimaal dienen in te zetten.

Twee jaar verder kunnen we terecht zeggen dat de functie en de rol van de ervaringswerker vaste vorm hebben gekregen, dat het een gevestigde waarde geworden is die ingeburgerd en genormaliseerd is.

Het is een mooie samenwerking met het team waarbij de expertise van de ervaringswerker wordt ingezet in participerende, verbindende zorg voor de patiënten.

Contactpersonen voor info en/of verwijzingen:

dr. Geraldine Einfinger (psychiater),
dr. Koen Hulsmans (psychiater),
Lut Vanelven (psychologe),
Niels Paulus (afdelingshoofd).

Referenties:

W. Cahn, I. Myin – Germeys, R Bruggeman, L. De Haan. *Handboek schizofrenie spectrum stoornissen. De Tijdstroom. Boom. 2019.*

Droës J, Witsenburg C. *Herstel ondersteunende zorg. Behandeling, rehabilitatie en ervaringsdeskundigheid als hulp bij herstel van psychische aandoeningen. SWP Amsterdam, 2012.*

Hendriksen – Favier A, Nijens K, Van Rooijen S. *Handreiking voor de implementatie van herstel ondersteunende zorg in de GGZ. Trimbos instituut. Utrecht. 2016.*

Kennisbundel voor docenten zorg en welzijn. Herstel ondersteunende zorg. Trimbos instituut. 2014.

Korevaar L, Droës J. *Handboek Rehabilitatie, voor zorg en welzijn. Uitgeverij Coutinho 2011.*

Van Os J. *De DSM vijf voorbij! Persoonlijke diagnostiek in de nieuwe GGZ. Bohn Stafleu van Loghum Houten 2014.*

Verschelling, M en Van de Lindt S. *Handreiking maatschappelijke steunsystemen. Samenwerken aan participatie van mensen met een psychische kwetsbaarheid. Trimbos instituut. Utrecht 2010.*

Vlaamse werkgroep Herstelacademie 2018.

Gamen, een hobby of een stoornis?

Vroeginterventie en behandeling van Gamestoornissen bij jongeren

Huib Boonen
Dimitri Das
Sarah Polders

ZorGGroep Zin

Gamen, wat is dat?

Veel kinderen, jongeren en volwassenen houden van gamen: interactieve spellen die op elektronische apparaten gespeeld worden. Het unieke aan games is net dit interactieve aspect: men kijkt niet passief naar een verhaal, maar bepaalt mee hoe het verhaal zich ontrolt. De speler krijgt directe feedback op zijn/haar keuzes en acties en dit bepaalt dan ook weer op welke manier hij/zij vooruitgaat en evolueert in het spel.

Er is een grote variatie aan games voorhanden, zeg maar “voor elk wat wils”. Heel wat spelen kunnen bovendien op verschillende manieren gespeeld worden, dit geeft een groot gevoel van zelfbeschikking.

De jongeren en jongvolwassenen van nu zijn opgegroeid met games en leven in een wereld waarin gamen een volwaardige plaats heeft ingenomen in de vrijetijdsbesteding en waarin gamen in veel gevallen zelfs een aantal vaste waarden heeft verdrongen: tv kijken, een boek lezen of een gezelschapsspel spelen hebben op 20 jaar tijd heel wat terrein verloren.

Gamestoornis

In 2018 gaf de Wereldgezondheidsorganisatie het fenomeen gamestoornis een plaats in de lijst van ziekten en aandoeningen (ICD11; International Classification of Diseases). Daardoor kreeg de problematiek wereldwijd erkenning na jarenlange discussie onder medici en onderzoekers (*Billieux et al., 2021*). Onze Hogere Gezondheidsraad heeft op basis van deze erkenning ook adviezen geformuleerd over preventie, hulpverlening en onderzoek (Hogere gezondheidsraad, 2020).

De diagnose kan gesteld worden als er sprake is van aanhoudend controleverlies over het gaminggedrag, toenemend een voorkeur is voor gamen boven andere activiteiten, waardoor andere interesses en dagelijkse activiteiten verdrongen worden en een voortzetting van het gamen ondanks negatieve gevolgen. Er kan enkel gesproken

worden over gamestoornis als het gamen een matige tot ernstige impact heeft op het persoonlijke, familiaal, sociaal, educatief of professioneel leven van de gamer en als dat gedurende minstens 12 maanden het geval is.

In de diagnostiek van gameverslaving dienen we een onderscheid te maken tussen gamers met een hoge betrokkenheid op gamen en gamers met een gamestoornis. Om die reden zijn een aantal voorgestelde criteria weggevalen: tolerantie (meer gamen om hetzelfde effect te bereiken), onttrekkingssymptomen (zich ongemakkelijk voelen als men langere tijd niet kan gamen) en preoccupatie (veel denken aan gamen).

Dit is een belangrijke kanttekening voor heel wat gamers in de wereld: een passie hebben voor gamen is namelijk geen stoornis. Het gaat erom dat de passie op een harmonieuze manier in het leven ingebouwd kan worden, en dat het geen obsessie wordt (*Vallerand et al., 2003*).

Wat maakt gamen zo verslavend?

Om uit te leggen waarom gamen bij sommige mensen leidt tot een gamestoornis, hanteren we net als bij middelenverslaving het Mens-Middel-Milieu paradigma: het is een samenspel tussen factoren in iemands omgeving, aspecten van de games zelf en persoonlijke factoren van de gamer zelf.

Wat betreft persoonlijke factoren is er een verband aangetoond tussen gamestoornis en Autismespectrumstoornissen (ASS) en is er ook een comorbiditeit met depressie en sociale angst (*King et al., 2013*). Mensen met een psychische kwetsbaarheid zijn gevoelig voor het ontwikkelen van een verslaving: het gedrag kan dienen als compensatie voor gemis (*Kardefelt-Winther, 2014*), maar omdat het verslaving in de hand kan werken, kan het compensatorisch gedrag het probleem worden dat zich nestelt naast de bestaande problematiek (*Billieux et al., 2015*).

Games zijn ontwikkeld om graag gespeeld te worden, dat kan men de game-industrie niet kwalijk nemen. Gamedesign behelst echter meerdere doelstellingen, waaronder ook het financiële verdienmodel (hoe kunnen we winst maken met deze game?). Een game is succesvol als een gamer er zo lang mogelijk en/of zo vaak mogelijk naar terugkeert. Als een gamer zich identificeert met een game, heeft hij er meer voor over: tijd, energie en geld. Hij zal er ook vrienden in willen vragen om samen te spelen: sociaal kapitaal investeren.

Een derde factor in gameverslaving is het milieu waarin de gamer leeft: is er ruimte voor alternatieven? Wordt er aandacht besteed aan de vrijetijdsbesteding van jongeren? Wordt er gesproken over de games die gespeeld worden en wordt het mee opgenomen in de opvoeding als een belangrijk thema? Voor sommige jongeren is gamen één van de vele tijdsbestedingen. Zij moeten weinig moeite doen om het onder controle te houden. Voor anderen is gamen het enige wat binnen de mogelijkheden ligt. Voor hen is het een grote uitdaging om daar op een gezonde manier mee om te gaan.

Motivatie

Volgens de zelfdeterminatietheorie (*Ryan et al., 2006*) geeft gamen een goed antwoord op onze drie psychologische basisbehoeften aan autonomie, verbondenheid en competentie. In het gamen hebben we het gevoel veel zelf te bepalen, verbonden te zijn met anderen en goed te zijn in wat we doen. Dat zorgt ervoor dat gamen een autonoom gemotiveerd gedrag is: ik doe het omdat ik het de moeite waard vind, omdat het bij mij past en mogelijks zelfs een stuk van mijn identiteit vormt.

De strijd met een gamestoornis is daardoor een hele uitdaging. Je kan immers iemand niet motiveren om met iets te stoppen of te minderen met een gedrag dat zoveel van zijn basisbehoeften vervult en dit al gedurende lange tijd. De doelstelling van interventie is dan ook nooit het minderen of stoppen met gamen, maar het autonoom

gemotiveerd worden voor andere tijdsbestedingen, die op hun beurt de grote impact van gametijd verdringen.

Preventie en Vroeginterventie

In het werken met gamers is vroeginterventie belangrijk: ingrijpen op gezinsniveau voordat een verslaving ingang vindt. Ouders spelen daarin een belangrijke rol: gamewijs opvoeden is vanaf men begint te gamen reeds een extra opvoedingstaak van de ouders van nu (Boonen, Stieglitz en Nijs, 2015). Wat gamen onze kinderen? Wat is normaal gamegedrag en wanneer moet ik me zorgen maken? Hoe kan ik een gesprek over gamen hebben met mijn kinderen?

Vroeginterventie ligt op de scheidingslijn tussen preventie en hulpverlening: er is nog geen uitgesproken stoornis, maar als er niet ingegrepen wordt, kan het daarnaar evolueren. Veel ouders die om hulp vragen omdat hun zoon of dochter te veel achter de computer zit, kunnen ingeschakeld worden als actoren in vroeginterventie: niet al deze jongeren hebben immers een ernstig probleem, en het kan echt helpend zijn als hun ouders op een gamewijze manier zouden omspringen met de vrijetijdsbesteding in huis. Daarom organiseren preventiewerkers ouderinfoavonden en ontwikkelden ze online informatiekkanalen die ouders de weg wijzen in deze onbekende en daarom ook vaak onbeminde wereld van het gamen

(<https://www.druglijn.be/drugs-abc/gamen>; www.gameninfo.nl). Preventiewerkers zetten zich in om ouders en professionals die met jongeren werken de juiste tools te geven om aan vroeginterventie te doen. Ouders kunnen ook opvoedingsondersteuning vragen in de Huizen van het Kind. Zij organiseren lokaal in samenwerking met de preventiedienst van ZorGGroep Zin regelmatig infoavonden 'Als kleine kinderen groot worden' voor ouders rond het thema gamen. VAD heeft onlangs ook een online tool ontwikkeld om stil te staan bij gamegedrag: www.gamelover.be, met een zone voor gamers en een zone voor ouders, een leuke aanrader.

Vanuit het netwerk Ligant wordt er daarenboven een vroeginterventietraject voor risicovolle gamers aangeboden. Centraal in deze gesprekken staat het reflecteren over het eigen gamegedrag en de (mogelijke) impact daarvan op verschillende levensdomeinen. Samen met de jongere en zijn ouders zoekt men naar mogelijke manieren om het gamen opnieuw in balans te krijgen met andere activiteiten. Vroeginterventie gaat uit van een kortdurende begeleiding en kan een brugfunctie betekenen naar meer intensieve vormen van hulpverlening (zie hulpverlening).

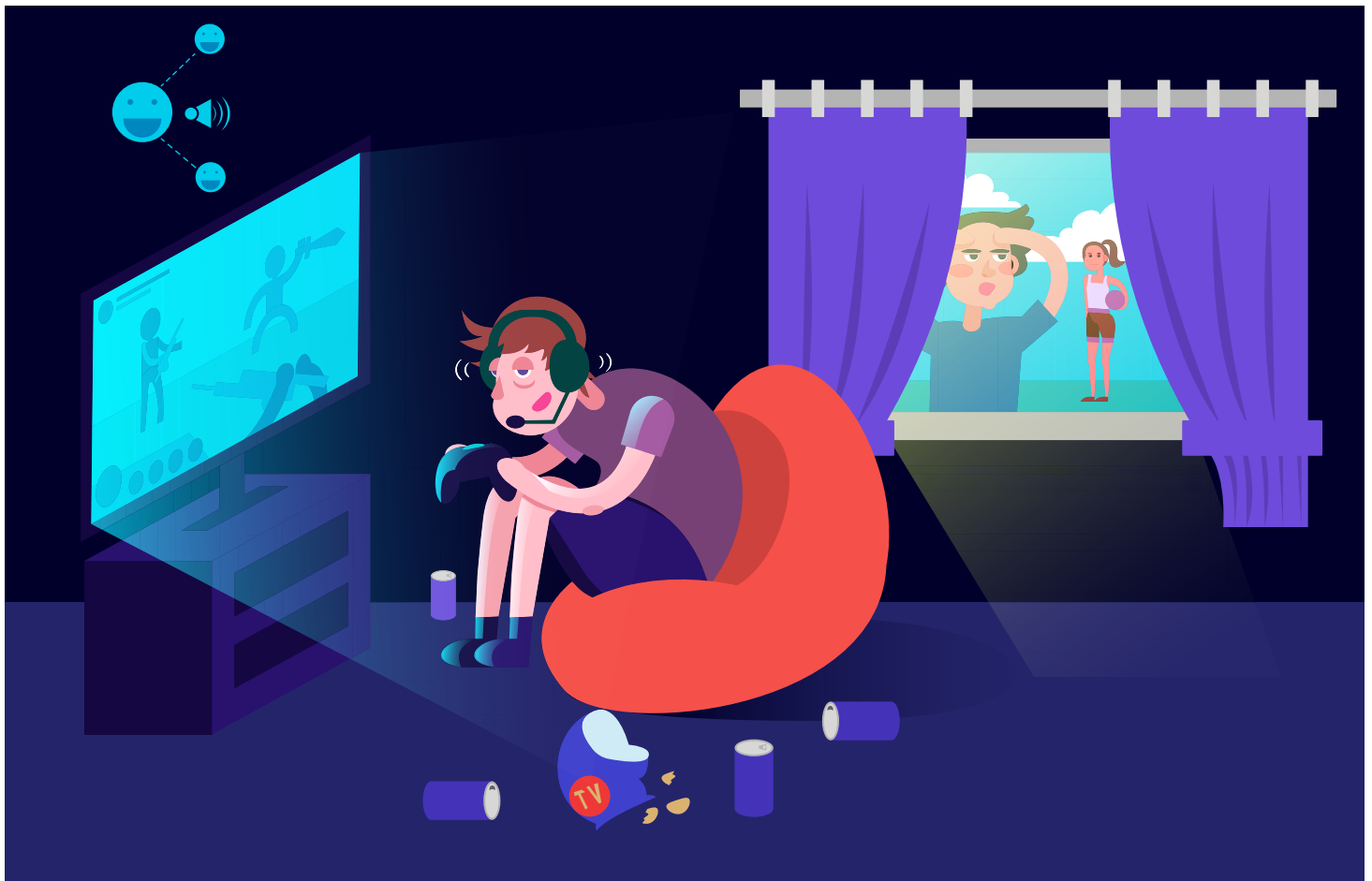
Hulpverlening

Soms komt het echter tot aanhoudende conflicten tussen ouders en gamer, omdat het gamen

een greep heeft op de jongere die door de ouder niet meer getolereerd wordt. Op dat moment melden ouders zich aan bij een gespecialiseerde dienst voor verslavingszorg, of in ieder geval bij een hulpverlener die thuis is in de materie van gameverslaving. De hulpvraag luidt vaak: het moet gedaan zijn met dat gamen. Een volledige gamestop lijkt de enige oplossing. Die hulpvraag wordt meestal echter niet gedeeld met de geïdentificeerde patiënt: de gamer zelf. Met dergelijke hulpvraag belanden we bijna automatisch in een patstelling waarin de ouder verwacht dat de hulpverlener een gamer van zijn games afhelpt en de gamer verwacht dat de hulpverlener zijn ouders bij hun zinnen brengt en duidelijk maakt dat niet het gamen een probleem is, maar wel de ouders zelf.

Het jongerenteam in de categoriale werking van ZorGGroep Zin gaat in dat geval aan de slag met zowel ouders als de jongere, op zoek naar een gemeenschappelijk gedragen doelstelling, maar vaak ook naar een nieuwe (of terug naar de oude) manier om te communiceren met elkaar. Als ouders en jongeren naar elkaar luisteren en met elkaar in gesprek gaan, kan de vrijetijdsbesteding vaak wel aan bod komen als een belangrijk thema.

In het individueel werken met de jongere rond vrijetijdsbesteding botsen we vaak op een



drempelvrees die ontstaan is naar waardevolle alternatieven. Een voorgeschiedenis van foute keuzes, negatieve ervaringen of een gebrek aan keuzevrijheid kan geleid hebben tot een aangeleerde hulpeloosheid. Het tijdens een behandeling er niet in slagen om initiatief nemen is een nieuwe mislukkingservaring die een hulpverleningstraject reeds meermaals heeft doen vastlopen.

Daarom hebben we Rebootkamp opgericht: ervaringsgerichte kampen voor gamers die worstelen met een overmatig gamegebruik en er niet in slagen om tot alternatief gedrag te komen. Tien gamers gaan een midweek op kamp met enkele doorwinterde hulpverleners en vrijwilligers en worden ondergedompeld in een gevarieerd activiteitenaanbod (avontuurlijk, speels, groepsdynamisch, in een niet-competitieve omgeving met ruimte voor elk individu). Die activiteiten gaan gepaard met gespreksmomenten waarin de jongeren nadenken over hun eigen krachten, waarden en normen en hun zelfbeeld tegen het licht van hun eigen gedrag houden.

Deze kampen hebben als doel een sterke boost van zelfvertrouwen te geven aan jongeren in het uitproberen van nieuwe kansen. Aan hun nood aan autonomie, competentie en verbondenheid wordt tegemoetgekomen op een heel andere manier, wat het monopolie van gaming aan het wankelen brengt.

Deze kampen gaan gepaard met een oudergroep, waarin de ouders ook geïnformeerd worden over wat er mogelijk is om gamegedrag te veranderen. Na de kampen wordt een hulpverleningsaanbod op maat voorgesteld, gebaseerd op de observatie die het kamp geboden heeft aan de hulpverlening. Voor de gamer zelf kan dit een groot verschil betekenen in bereidheid om in therapie te gaan: hij kent de hulpverlening en de aanpak is meer op zijn maat gesneden.

Deze rebootkampen zijn ontstaan uit de schoot van de Centra voor Alcohol en andere Drugproblemen (CAD Limburg, momenteel gefusioneerd met ZorggroepZin) en werden gefinancierd door het ministerie van jeugd als innovatieve projecten in de jeugdwerking. Mede door deze financiering is het aanbod uitgerold over heel Vlaanderen en is er een goede samenwerking op gang gebracht tussen verschillende diensten. Rebootkampen zijn op het internationaal congres voor gedragsverslaving in Yokohama in 2019 voorgesteld als beloftevolle methode (Boonen & Billieux, 2019) en wordt momenteel onderzocht

naar haar effectiviteit. Momenteel is de tijdelijke financiering wegevalen en wordt er met micro-sponsoring gewerkt om het aanbod in leven te houden. Mogelijks zal Zorgnet Icuuro dit aanbod implementeren in het standaard zorgaanbod. Dat zou een geweldige meerwaarde zou betekenen.

Conclusie

Om te besluiten kunnen we stellen dat de hulp aan gamers en hun ouders aan de wieg ontgroeid is en in volle ontwikkeling is. De wereldwijde erkenning voor het fenomeen gamestoornis heeft voor een kentering gezorgd, waardoor niet langer de vraag gesteld wordt of deze stoornis bestaat, maar wel op welke manier ze het best aangepakt wordt. De werkwijze die hierboven beschreven werd, ervaringsgericht, met betrokkenheid van ouders en motiverend voor de gamers, is in de praktijk reeds beproefd en positief onthaald.

Voor verwijzing naar hulp in Limburg:

www.ligant.be; www.zorggroepzin.be. Voor inschrijving voor rebootkampen in heel Vlaanderen: www.rebootkamp.be.

Referenties

Billieux, J., Schimmenti, A., Khazaal, Y., Maurage, P., & Heeren, A. (2015). Are we over-pathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(3), 119–123. <https://doi.org/10.1556/2006.4.2015.009>.

Billieux, J., Stein, D. J., Castro-Calvo, J., Higushi, S., & King, D. L. (2021). Rationale for and usefulness of the inclusion of gaming disorder in the ICD-11. *World Psychiatry*, 20(2), 198–199.

Boonen, H., & Billieux, J. (2019). Rebootcamp: There is no wifi in the forest, but we will guarantee you a better connection. *Journal of Behavioral Addictions*, 8(1), 11–12. <https://doi.org/10.1556/JBA.8.2019.Suppl.1>.

Kardefelt-Winther, D. (2014). A conceptual and methodological critique of internet addiction research: Towards a model of compensatory internet use. *Computers in Human Behaviors*, 31, 351–354. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.10.059>.

King, D. L., Delfabbro, P. H., Zwaans, T., & Kaptis, D. (2013). Clinical features and axis I comorbidity of Australian adolescent pathological Internet and video game users. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(11), 1058–1067.

Ryan, R. M., Rigby, C. S., & Przybylski, A. (2006). The motivational pull of video games: A self-determination theory approach. *Motivation and Emotion*, 30(4), 344–360.

Vallerand, R. J., Blanchard, C., Mageau, G. A., Koestner, R., Ratelle, C., Léonard, M., Gagné, M., & Marsolais, J. (2003). Les passions de l'âme: On obsessive and harmonious passion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(4), 756–767. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.4.756>.

Een ambulant aanbod voor jongeren met een verslavingsrisico

Herbert Jenaer,
Daisy Hilven,
Elise Sneyers,
Huub Boonen
Linda de Bruijn

ZorgGroep Zin

Het zorgaanbod van de fusiegroep van het voormalige CAD en de VGGZ, met name 'ZorggroepZin', bestaat deels uit zorg voor problematieken waar verslavingsrisico aan vast hangt. Voor minderjarige jongeren en jongeren in de transitieleeftijd waar ook verslaving op de loer ligt, is al meer dan 15 jaar een apart zorgtraject uitgewerkt: het jongerenteam. De voornaamste doelstelling is het gunstig beïnvloeden van de vaak moeizame communicatiepatronen en interacties met allerlei levensdomeinen die zich manifesteren wanneer jongeren verslavingsrisico's aangaan.

In het jongerenteamtraject trachten we waar mogelijk om bij jongeren steeds de aanwezige ouders of de personen die deze rol op zich nemen bij een begeleiding te betrekken als relevante gesprekspartners. Af en toe worden ook siblings op consultatie uitgenodigd.

Pijlers van het jongerenteam

1. Ontwikkelingstaken van de jongere staan centraal. Ontwikkeling kan afgeremd of bedreigd worden door diverse factoren en verslavingsrisico is daar zeker één van. Lereren een zelfstandig leven opbouwen, relaties aangaan, eigen vaardigheden ontplooiën en zelfzekerheid zijn daarvan maar enkele voorbeelden. Om de interactie van risicovol gedrag voor verslaving en ontwikkelingstaken in kaart te brengen, worden alle levensdomeinen geëxploreerd. Tevens worden andere diagnoses (ADHD, ASS,...) of relevante levensgebeurtenissen (bvb overlijden, ziekte, trauma, problemen met siblings of ouders, ...) mee in rekening gebracht.
2. We kijken ook in het bijzonder naar de ontwikkeling van coping strategieën en hoe die bemoeilijkt of bevorderd kunnen worden. Meer en meer zien we cliënten bij wie het risicogedrag meer is dan wat experimenteren. Hoe langer die patronen zich voordoen, hoe meer risico op ontwrichting. Daarom willen we zo vroeg mogelijk in het ontwikkelen ervan een proces hierrond aangaan.

3. Bij de ontwikkeling van belangrijke ontwikkelingstaken mogen we niet vergeten dat een jongere opgroeit binnen zijn gezin en niet in een vacuüm. De ontwikkeling van de jongere en het gezin verloopt in een interactie met elkaar. De groei van een jongere verloopt in co-evolutie met het gezin. Deze co-evolutie speelt op zijn beurt een rol wanneer gezinnen geconfronteerd worden met middelengebruik. Greet Spingaer (2014) gebruikt hiervoor de metafoer van het ontwikkelingshuis, waar we zo dadelijk verder op ingaan.

Om de focus op deze 3 pijlers optimaal te maken, kiezen wij bij voorkeur een aanpak waarbij het gezin in als zijn facetten (en waar nodig) betrokken wordt. Maar we zijn in de eerste plaats een jongerenteam en geen gezinsteam. Werken met het gezin, is het middel om de jongere verder op weg te kunnen helpen in zijn ontwikkeling. We werken dus met de krachten en de mogelijkheden van het gezin en van de jongere.

We besteden van bij de start van het traject veel aandacht aan de setting van de gesprekken. Wie zijn de relevante gesprekspartners? Vooral bij het subsysteem van de ouders besteden we hier veel aandacht aan, maar ook van de ouders, plusouders, pleegouders en soms ook grootouders. Allen maken zij deel uit van het co-parenting team van de jongere (Mc Hale, 1997, in McHale 2000). Vaak worden zij dan ook allen op één of andere manier betrokken in het traject. Wanneer wij verwijzen naar de ouders in deze tekst, is dat met het co-parenting team in gedachte.

De gehanteerde gespreksmethodieken en inzichten steunen op een diversiteit van therapeutische achtergronden. Vaak steunen ze op systeemtheoretische (narratieve, contextuele, hechtingsgeoriënteerde, ...) maar eveneens client-centered, cognitief of andere ad hoc bruikbare werkwijzen. En uiteraard wordt gebruik gemaakt van de 'typische' werkvormen in de verslavingszorg en zijn motiverende gespreksvoering en psycho-educatie niet weg te denken.

Metafoer van het ontwikkelingshuis

Graag geven we kort de metafoer van het ontwikkelingshuis van Spingaer (2014) mee omdat de manier waarop hierin verscheidene thema's benaderd worden onze vraagstelling sterk inspireert. Spingaer omschrijft 5 kernthema's voor kinderen, gezinnen en hun bredere context:

1. De regulatie van afstand en nabijheid: hechting en binding

Hoeveel nabijheid en autonomie is er nodig binnen een gezin en dit tijdens verschillende levensfasen? Zijn de noden van de gezinsleden op mekaar afgestemd?

2. Het opbouwen van functionele structuur en organisatie

Op welke manier pakt een gezin dingen aan, is dit duidelijk? Een duidelijke structuur helpt om wat er op ieder van ons af komt, aan te pakken.

3. Het vormen van interne en externe grensmechanismen: affiliatie

Hoe gaan we om met de buitenwereld? Is dit toegelaten? In hoe verre? Gaat dit gepaard met positieve of eerder negatieve gevoelens?

4. Het zoeken naar een eigen identiteit en betekenisvolle narratieven: inclusie

Door het contact met de buitenwereld ontstaan eigen identiteiten. Hoe reageert de buitenwereld op die identiteiten? Zijn we in staat deze aan te passen in wisselwerking met wie rond ons staat? Bieden die identiteiten voldoende houvast en zekerheid?

5. Het omgaan met loslaten en afscheid nemen

Hoe pakken gezinnen dit aan?

De metafoer van het huis maakt deze thema's niet enkel voor de hulpverleners, maar ook voor de gezinnen zelf aanschouwelijk. Spingaer vergelijkt de groei van gezinnen met het samen bouwen van een huis.



In dit huis vinden we:

1. Fundamenten van het huis (hechting en binding)

Bij het bouwen van een huis heb je stevige fundamenten nodig. Die bepalen hoe veilig en stabiel een huis zal zijn. Bij de bouw wordt rekening gehouden met de ondergrond en welk soort gebouw er moet staan. Wanneer je wijzingen wil doorvoeren in het huis, moet je rekening houden met die fundamenten. Kunnen zij dit dragen?

Kinderen hebben in verschillende levensfasen andere noden. Kunnen ouders voldoende afgestemd reageren? Voelen ze zich hiervoor voldoende gegronnd? Slagen ze er in om samen te werken als ouderpaar (co-parenting team)?

2. Constructie van het huis (functionele structuur)

Zijn er in het huis afgesloten ruimtes? Kan iemand zich terug trekken of is alles open? Wat mag er binnen het huis, zijn er kamers waar andere regels gelden? Welke vrijheden worden toegekend?

3. Ramen en deuren van het huis (affiliatie)

Is er veel inkijk mogelijk in het huis? Zijn er open of net gesloten deuren? Gaat een gezin er voor weinig inbreng van de buitenwereld of zoeken ze de dialoog op? Kan dit met vertrouwen gebeuren of eerder met wantrouwen? Hoe wordt hulpverlening ervaren? Kunnen zij helpen of zijn ze bedreigend naar het kunnen van het gezin?

4. Inrichting van het huis (inclusie)

Smaken en stijlen verschillen, mag dit te zien zijn in het huis? Of kiezen we voor een uniforme look? Adolescenten zoeken naar hun eigenheid, halen de buitenwereld binnen in het huis. Ziet het gezin dat als een meerwaarde of een bedreiging? Hoe dragen zij dat?

5. Verhuizen en herinrichten (loslaten in verbondenheid)

Jongeren zoeken meer contacten buiten het huis, willen privacy, hun eigenheid ontdekken. Gezinnen staan dan voor een grote uitdaging: hoe laten we de jongere zijn eigen weg zoeken en zorgen we er tegelijkertijd voor dat het huis een veilige basis kan blijven?

Principe samen en apart

Binnen de begeleiding zien wij de ouders en de jongere apart per subsysteem, maar ook als gezin en dit binnen een afgebakend traject van 4 gesprekken. Beide constellaties hebben hun voordelen:

Apart:

- De jongere krijgt apart de mogelijkheid om in vertrouwen over verschillende thema's te spreken. Op die manier krijgen we een zicht op levensdomeinen die goed en

moeilijk lopen. Er wordt gesproken over drugs en motivationeel gewerkt rond dit thema, maar ook andere thema's zoals ouders, brussen en de onderlinge verstandhoudingen, school, en vrienden worden besproken. De gesprekken met ouders worden voorbereid met het oog op communicatie, herstel en vertrouwen.

- Het subsysteem van de ouders heeft eigen ontwikkelingstaken. Ook voor dit subsysteem is het zinvol hier apart over te kunnen spreken. Hoe werkt het co-parenting team samen als het gaat over de opvoeding van hun kind? Denken ze hetzelfde? Hoe wordt er met verschillen omgegaan? Hoe gaan ze om met grenzen en vrijheden? Wie bewaakt ze? Hoe komen die tot stand? Hier spreken we over de **functionaliteit** van het ontwikkelingshuis (Splingaer, 2014).
- Spanningen binnen het gezin of de partnerrelatie kunnen een nadelige impact hebben op de ontwikkeling en het eventueel gebruik van de jongere. Maar ook andersom kan middelengebruik van een kind kan zorgen voor (meer) spanningen binnen het gezin of de **partnerrelatie**. Bij oudere opgroeiende kinderen komt de partnerrelatie terug meer op de voorgrond. Hoe worden we als ouders terug meer een koppel wanneer onze kinderen meer zelfstandigheid verwerven? Deze fase wordt beschreven binnen het verhuizen en herinrichten van het ontwikkelingshuis (Splingaer, 2014). Het is telkens zoeken naar nieuwe verbindingen en herverbinden. Het is zoeken naar loslaten in verbondenheid. Welke band krijgen we met elkaar als ouder? Hoe herverbinden we als ouder met een opgroeiende adolescent waarbij er meer afstand komt. (Hillewaere, 2008) Doordat we de ouders apart zien is het voor hen veiliger om deze thema's bespreekbaar te maken.

Druggebruik is voor een gezin vaak een soort metafoor voor de gevaarlijke buitenwereld die binnenkomt in gezinnen met opgroeiende kinderen. Ook hier kunnen we refereren naar het ontwikkelingshuis (Splingaer, 2014), met name naar het affiliatie-thema (ramen en deuren). Hoe gaat het gezin om met deze gevaren? Kan het dit als uitdaging benaderen? Wat met gezinnen die het gevaar niet zien of onderkennen? Soms moeten we ons noodgedwongen beperken tot het zo duidelijk en onomwonden mogelijk formuleren van de pijnpunten van de transitie. Dit zowel naar het gezin toe als het betrokken netwerk. Er kan doortastender gewerkt worden aan de pijnpunten als er engagement is.

Het is belangrijk om te peilen naar de opvattingen van elke ouder rond het risicogedrag. In welke mate maken zij zich zorgen over het

risicogedrag van hun kind? Wat zijn hun waarden en normen over dit thema? Hebben eigen ervaringen of ervaringen uit de omgeving een invloed op hun denken hierover? Op welke manier gaan ze hierover in communicatie met de jongere?

Tot slot is het belangrijk om ouders steeds als expert van hun kind te zien. Ouders dragen kennis en informatie over hun kind mee. In deze levensfase zullen zij vaak van mening verschillen. Zij kijken met een andere blik naar de ontwikkeling in het verleden en zullen het huidige functioneren van hun kind vaak aftoetsen aan andere levensdomeinen dan de jongere doet. Er is sprake van een verschil in narratieven.

Samen:

Het gegeven dat er wordt opgesplitst met 2 co-therapeuten biedt nog een ander voordeel: er worden aparte therapeutische relaties aangegaan met de subsystemen. Dat schept de gelegenheid om vanuit het verschillend verworven perspectief en inzicht overleg tot stand te brengen tussen beide co-therapeuten. Het preciezer aanvoelen van verschillen en weerstanden en daarmee aan de slag gaan draagt m.a.w. vaak bij tot het bouwen van 'communicatie-bruggen' tussen de verschillende betrokkenen van een systeem.

- Tijdens gezamenlijke gesprekken spreken we altijd over het gebruik/risicogedrag. We doorbreken het eventuele taboe om er goed over te spreken. Vaak wordt er niet of beperkt over gesproken. Vaak zitten jongere en ouders ook in een andere fase wat betreft motivatie tot verandering. (Prochaska & Di Clemente, 1986). Hierdoor loopt de **communicatie** over risicogedrag stroef. Gezinnen hebben soms de neiging conflicten uit de weg te gaan. In andere gezinnen kunnen conflicten net hoog oplopen. We stimuleren hen om conflicten vast te nemen en samen te kijken naar de betekenissen ervan. En we proberen hen op weg helpen om er in de toekomst zelf mee aan de slag te kunnen (blijven) gaan.
- Een ander terugkomend thema is **herstel en vertrouwen**. Oog hebben voor het verlangen naar verbinding, de fundamenten van het ontwikkelingshuis (Splingaer, 2014), (vaak uitgedrukt in boosheid en frustratie) en de afstand overbruggen heeft een positief effect op het gezin en de gezinsleden. We gaan op zoek naar een nieuwe, beter passende verbinding als stap in de transitie. (Loslaten in verbondenheid, Splingaer 2014). Spreken over vertrouwen gaat vaak over de onderhandeling en het evenwicht tussen verantwoordelijkheden en vrijheden. Daarin terug een goed evenwicht vinden is belangrijk voor de jongere om zichzelf verder te kunnen ontplooiën.

- Binnen het werken met het gezin, is het zeker belangrijk de stem van de jongere niet uit het oog te verliezen. Integendeel, als jongerenteam zien we de jongere steeds als het kompas, om ons duidelijk te maken waar er groei nodig is en waar niet. Dat betekent niet dat we vervelende en moeilijke thema's uit de weg gaan. We proberen het gezin aan te moedigen daar samen aan te werken, ieder op zijn eigen manier en met respect voor ieders eigenheid.
- Soms zijn er ook moeilijkere gezinsthema's die meer **gezinstherapie** vragen, waarbij het oppoortuun is broers en zussen mee uit te nodigen. De thema's die besproken worden zijn vaak van toepassing voor het hele gezin. Soms blijkt dat verschillende kinderen worstelen met de nieuwe evenwichten die gevonden moeten worden. Wederom refereren we naar het herinrichten van het ontwikkelingshuis (Splingaer, 2014). Wanneer zijn we nog samen een gezin? Wat betekenen we voor elkaar? Hoe veranderen de relaties hierdoor? Ook bij nieuw samengestelde gezinnen komen er gelijkaardige vragen naar boven.

Binnen een jongerenteamtraject proberen we in een 4-tal gesprekken deze thema's te bespreken en samen te verdiepen daar waar nodig. Indien we merken dat meer of andere zaken nodig zijn, kan het traject verlengd worden of worden andere trajecten overwogen, al dan niet binnen ZorGGroep Zin.

Apart aanbod voor ouders

Naast een aanbod voor jongeren is er ook een apart aanbod voor ouders of personen die in de ouderrol zitten. Ook hier is individuele opvolging mogelijk in de verscheidene regiokantoren (met dito diversiteit van de betreffende hulpverleners), dan wel deelname aan een groepsaanbod. Het groepsaanbod voor ouders is opgedeeld in drie aaneensluitende modules die elk op zich eindpunt kunnen zijn van het zorgtraject:

1. Een informatiesessie
2. Vier thema-sessies
3. Een terugkomgroep

1. informatiesessie:

Dit is een laagdrempelige, eenmalige gelegenheid tot informatie over: producten, aanpak & communicatie zonder "belasting" van die informatie door persoonlijke levensverhalen. Het beoogt ouders deels te sensibiliseren voor verslavingsrisico's, deels te relativeren waar nodig. De impliciete informele ontmoeting (in pauze,

nabespreking) met lotgenoten kan een voorproefje zijn van eventueel verder persoonlijk engagement in vervolgmodes.

2. thema-sessies:

Gedurende 4 sessies wordt gedebatteerd met een vaste groep ouders over allerlei onderwerpen die hen nauw aan het hart liggen. Terugkerende onderwerpen zijn vaak schuld & schaamte, strategieën van aanpak, wantrouwen, juridische gevolgen, zelfzorg.. Qua hoofdmethodiek wordt gebruik gemaakt van de principes van 'thema-gecentreerde interactie' volgens Ruth Cohn, en een uitgewerkte hulpverleningsattitude geïnspireerd op het GROOM-werkboek van de VAD. De begeleiders zijn systeemtheoretisch geïntereerd, wat zich eveneens weerspiegelt in de gespreksvoering. De drie pijlers die de focus zijn in het traject 'jongerenteam' gelden ook hier als extra leidraad in besprekingen:

1. Welke ontwikkelingstaken spelen er mee voor de betreffende jongere en zijn/haar ouders/het gezin?
2. Hoe verloopt de coping bij elk gezinslid?
3. Welke evolutie voltrekt zich in de hechtingsgeschiedenis binnen de deelnemende gezinssystemen?

De bijzonderheid en ook de meerwaarde van deze werkwijze zijn dat lotgenoten met groter mandaat elkaar toestaan nieuwe narratieven te verkennen. Het sociaal effect is vaak dat sommige ouders hierdoor beter uit hun isolement van schaamte kunnen treden.

3. terugkomgroep – module:

Dit is een halfopen groep waaraan ouders die de vorige modules volgden kunnen deelnemen. Dezelfde principes en methodes uit de voorgaande module worden gebezigd. Het effect ervan is hier voelbaar: ouders vertonen duidelijk meer eigen leiderschap en deskundigheid en dit komt de intensiteit en diepgang van de sessies ten goede.

Slotwoord

Wanneer een jongere aangemeld wordt met een verslavingsproblematiek vinden we het belangrijk om dit binnen een bredere context te bekijken. Graag betrekken we hierbij het oudersysteem en werken we rond verschillende thema's, waarbij het ontwikkelingshuis (Splingaer, 2014) ons een helpende metafoer biedt. Voor sommige gezinnen is deze brede blik bij aanvang spannend en soms is er weerstand. Toch wordt deze manier van werken veelal gewaardeerd éénmaal

het traject lopende is. Andere gezinnen zijn dan weer tevreden dat ze de kans krijgen ook andere thema's te bespreken, en vooral dit samen te kunnen doen. Zeker ouders van jongeren waar het al langer moeilijk loopt met de jongere zijn blij dat ze intensief betrokken worden in het traject. Ook wanneer jongeren (nog) niet bereid zijn om op gesprek te komen, zijn ouders welkom in een apart traject.

Referenties:

Cohn, Ruth C. (1979). *Thematische interactie. Een methode voor hulpverlening, vorming en onderwijs*. Bloemendaal: H. Nelissen B.V.

De Bock, M (2004) *GROOM-werkboek. Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen*.

Hillewaere, B. (2008). *Verbinden om goed te kunnen loslaten: Systeemtherapie voor gezinnen met adolescenten*. *Systeemtherapie - Tijdschrift voor Systeemtheoretische Psychotherapie*, (4), 216.

McHale, James P. (2000). *Charting the Bumpy Road of Coparenthood: Understanding the Challenges of Family Life*.

Prochaska J.O., Diclemente C.C. (1986). *Toward a Comprehensive Model of Change*. In: Miller W.R., Heather N. (eds) *Treating Addictive Behaviors. Applied Clinical Psychology*, vol 13. Springer, Boston, MA.

Splingaer, G. (2014). *Het Ontwikkelingshuis: Een kijk op de co-evolutie van kinderen en gezinnen*. *Systeemtheoretisch Bulletin* (2014), 32.1.

www.zorggroepzin.be
011 27 42 98

Pyxis: dagbehandeling voor jongeren in “transitieleeftijd”, Een nieuwe eenheid in Asster



dr. May Vrayens
kinderpsychiater



Bram Lambrechts
opvoeder en coördinator
van het project

Sinds de zomer van 2021 is in Asster een nieuwe eenheid voor dagbehandeling gestart: Pyxis. De eenheid richt zich specifiek naar jongeren en slaat een brug tussen de kinderen jeugdpsychiatrie en de volwassenpsychiatrie. De redactie ontmoette Bram Lambrechts (opvoeder en coördinator van het project) en Dr. May Vrijens (kinder- en jeugdpsychiater), die zeer enthousiast over hun nieuwe eenheid vertelden.

Vanwaar komt dit nieuw initiatief?

Dr. May Vrijens: Naar aanleiding van corona hebben de kinder- en jeugdpsychiaters in ons land de alarmbel geluid en gewezen op de grote hulpkreet met betrekking tot kinderen en jongeren. De VVK (De Vlaamse Vereniging voor Kinderpsychiaters) meldde dat 23.749 jongeren op mentale hulp wachtten. Men sprak van een “een file van 475 bussen met elk 50 minderjarigen, een stoet van 7 kilometer” die op hulp wachtten.

De federale overheid heeft hieraan gevolg gegeven. Zij heeft geen nieuwe K-bedden gecreëerd (bedden voor kinder- en jeugdpsychiatrie), maar wel gezorgd voor een “intensifiëring van ziekenhuisdiensten door toevoeging van liaisonteams”. Ligant (Limburgs netwerk geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren) en PZ Asster kozen er samen voor om 8 dagplaatsen voor volwassenen in te zetten voor jongeren tussen de 16 en 20 jaar en de personeelsnorm voor deze dagplaatsen te verhogen met de door de FOD extra gefinancierde middelen voor k-ge-schoold personeel.

Dit zorgt voor vervroegd uitstromen uit residentiële behandeling naar deze nieuwe dagwerking. Daardoor komt er capaciteit in Spika en De Zeilen 1 vrij, zodat er daar meer jongeren kunnen instromen. Daarnaast kunnen ook jongeren met ernstige psychische problemen die aangemeld worden en qua problematiek binnen de herstelgerichte groepswerking passen, rechtstreeks instromen in deze nieuwe leefgroep. Verder kan er ook geanticipeerd worden op mogelijke crisisvragen in kader van herval. Afstemming met de ambulante en



residentiële partners, evenals mobiele crisisteamen en careteams van Ligant, zowel inhoudelijk als op patiëntniveau, is evident en noodzakelijk. Op die manier kon een dagbehandeling uitgebouwd worden, specifiek voor jongeren en jongvolwassenen.

En zo ontstonden overal nieuwe bijkomende plaatsen voor dagbehandeling voor kinderen en jongeren.

Bram Lambrechts: Inderdaad, in verschillende provincies werden bijkomende zorgvormen opgericht. In Limburg hebben naast Asster, ook het CKP (Centrum voor Kinderpsychiatrie, Hasselt) en KPC (Kinder en Jeugdpsychiatrisch Centrum, Genk) een nieuw aanbod uitgebouwd.

Dat stelde ons voor een nieuwe uitdaging om zeer snel intensief te gaan samenwerken met de collega's van Spika en De Zeilen 1 om inhoudelijk een programma op de wereld te krijgen. Maar ook de ondersteunende diensten verdienen hier hun portie van de lof. Zij hebben eveneens snel moeten schakelen en hebben de uitdaging met beide handen aangenomen.

Zowat overal hetzelfde aanbod?

Bram Lambrechts: Toch niet. De Limburgse projecten zijn ontwikkeld in een samenwerking tussen Ligant en enkele GGZ-partners. Ligant is het enige netwerk dat ervoor gekozen heeft om de uitbreiding niet enkel te voorzien voor jongeren onder de 18 jaar, maar ook voor jongvolwassenen tot 20 jaar. Dat betekent dat we de doelgroep, althans qua leeftijd, concreet kunnen afbakenen. Het aanbod is dus specifiek voor jongeren en jongvolwassenen tussen 16 en 20 jaar oud. Het ziekenhuis kiest expliciet voor deze doelgroep omdat er heden voor deze jongeren en jongvolwassenen ontoereikend aanbod is. Deze doelgroep

van jongeren in de transitieleeftijd brengt specifieke noden met zich mee. Hun hersenen zijn immers nog volop in ontwikkeling en ze staan op het punt in hun leven waar ze de overgang van de kindertijd naar de volwassenheid maken. Een ontwikkelingsfase met specifieke veranderingen en ontwikkelingstaken. We maken in onze werking dan ook zeer dankbaar gebruik van de jaren ervaring van zowel Spika als De Zeilen 1 met deze doelgroep. Maar ons aanbod wordt niet enkel gestuurd door de leeftijd. We willen met Pyxis met een been in de maatschappij staan, het andere been in ons semi-residentieel aanbod. We hanteren een herstelgerichte visie, gebaseerd op krachtgericht werken. Dat gaat over het (her)vinden een voor de jongere passende daginvulling, van verbinding met hun context, het kunnen opnemen van de rollen die een jongere wil hebben in het leven en het ervaren van betekenis. De focus ligt op het (terug)vinden van eigen krachten en (terug) in verbinding geraken met hun context. Dit maakt de werking van Pyxis toch wel uniek. Aan de hand van ons behandelaanbod willen we de patiënten begeleiden in hun traject naar het herstel van het gewone leven. Maar uiteraard zijn de noden die hiermee gepaard gaan specifiek voor jongeren binnen de transitieleeftijd.

Vanwaar die keuze?

Dr. May Vrijens: Niet alleen kinderen hebben het vandaag moeilijk, maar ook heel veel jongeren. Er is maatschappelijk veel veranderd en wij dienen met die verandering rekening te houden. Wanneer men vroeger de leeftijd van 18 jaar bereikte, werd men beschouwd als “volwassen”. Men ging werken, men huwde en ging doorgaans reeds op jonge leeftijd zelfstandig samen-wonen. Vandaag de dag studeren jongeren vaak langer. De werkloopbaan start later. De jongeren blijven



langer thuis wonen en stellen het samenwonen of huwen langer uit. Er komen ontzettend veel uitdagingen op de jongeren af, anders dan vroeger. In feite is er een ontwikkelingsfase bijgekomen: de Emerging Adulthood (Arnett, 2000), oftewel een "verlengde adolescentie". Het is moeilijk om hier exacte leeftijden op te kleven, maar jongeren tussen 15 en 23 jaar worden geconfronteerd met transitie op verschillende levensdomeinen. Uiteraard is dat sterk persoonsgebonden.

Bram Lambrechts: Daarnaast weten we ondertussen al enige tijd dat de hersenontwikkeling niet voltooid is op 18 jaar. Die loopt verder tot ongeveer 25 jaar. Ook dit brengt zeer specifieke uitdagingen met zich mee. Pyxis focust zich dus op die jongeren tussen 16 en 20 jaar oud.

Dr. May Vrijens: Leeftijd is echter maar een factor die onze doelgroep bepaalt. Onze werking is afgestemd op die jongeren en jongvolwassenen binnen die specifieke leeftijdscategorie met een vraag passend binnen de herstelvisie.

Dat betekent dat deze uitbreiding, niet zozeer of niet alleen een uitbreiding is van de kinder- en jeugdpsychiatrie?

Dr. May Vrijens: Het nieuwe aanbod voor deze jongeren in transitie sluit zowel aan bij de noden van de kinder- en jeugdpsychiatrie (de K-dienst: Spika), als deze bij de doelgroep van jongvolwassenen (De Zeilen 1).

Wij hebben het over de jongeren in transitie. Welke jongeren kunnen er nu terecht?

Bram Lambrechts: Het gaat om jongeren van 16 tot 20 jaar. Er zijn geen diagnose-gerelateerde opname-criteria. Wij willen vooral werken aan hun vaardigheden zodat zij zich zo goed mogelijk maatschappelijk kunnen integreren. Wij willen die jongeren, die al met de samenleving in interactie zijn, zo optimaal mogelijk ondersteunen opdat zij op een gepaste wijze de uitdagingen kunnen aangaan. Er liggen immers heel wat ontwikkelingstaken buiten het ziekenhuis. Doordat deze jongeren een paar dagen per week bij ons in behandeling zijn, ligt ons aanbod tussen dat van de ambulante sector en dat van de intensieve dagbehandeling.

Dr. May Vrijens: We willen onze jongeren en jongvolwassenen in transitie niet alleen helpen om na een residentiële behandeling het leven in de maatschappij terug op te nemen. We zijn er ook voor die jongeren en jongvolwassenen die, om welke reden dan ook, vastlopen in hun psychische moeilijkheden, maar daarom niet per se in een residentiële opname horen te komen. Door actief met deze jongeren het pad van herstel te bewandelen en zowel het familiaal netwerk als wel het professioneel netwerk terug aan te halen en te ondersteunen, staan we terug naast de jongeren of jongvolwassenen en hun draagsysteem. Om samen met hen het pad verder te bewandelen en hun terug de regie te geven om de zorg rond de jongeren en jongvolwassenen in transitie te helpen dragen.

Vanwaar komt dan de instroom?

Dr. May Vrijens: Wij zijn gestart als een doorstroom-eenheid: een doorstroom vanuit de kinder- en jeugdpsychiatrie Spika of van de residentiële afdeling voor jongvolwassenen De Zeilen 1). Maar wij hebben de instroom verbreed: in principe kunnen hier alle jongeren van die leeftijd terecht die nood hebben aan een aanbod dat past binnen herstel- en krachtgerichte visie. Het gaat om jongeren die geen nood hebben aan een residentiële behandeling of voor wie dat zelfs niet gewenst is. Wij willen een residentiële opname vermijden en als dat niet mogelijk is, zo kort mogelijk houden. Op de kinder- en jeugdpsychiatrie en de eenheid voor jongvolwassenen wordt bij elke aanmelding systematisch gekeken of Pyxis al of niet voor de desbetreffende jongere de beste optie is. Wij willen dus geen extra voordeur creëren, hetgeen het enkel complex maakt voor de verwijzer. Het is de bedoeling om de toewijzing van een aangemelde jongere aan de meest passende afdeling backoffice te regelen. Onze wensen voor de toekomst op vlak van instroom is een streven naar een gedeelde organisatiestructuur voor de aanmeldingen voor de jongeren en jongvolwassenen.

De focus ligt op de jongere zelf. Maar wordt er ook rekening gehouden met de context?

Bram Lambrechts: De focus ligt inderdaad op zowel de jongeren zelf, als zijn context (persoonlijk/hulpverlening). We willen vertrekken van de krachten van de jongeren en hun context om te komen tot het herstel van het gewone leven, samen met ondersteuning van hun hun gezin, familie, vrienden en/of andere vertrouwenspersonen en hun ambulant netwerk.

Dr. May Vrijens: De context, dat is cruciaal. Wij werken met een buddy-systeem. Het is de jongere zelf die aangeeft wie voor hem of haar die buddy kan zijn. Dat kan één van de ouders zijn, een broer of zus, een vriend... Die buddy wordt betrokken bij het begeleidingstraject. Vrienden uit hun eigen omgeving zijn belangrijk, peers kunnen erg ondersteunend werken. In feite willen wij de omgeving van de jongere meenemen in de behandeling. Wij willen verschillende systemen samenbrengen (gezin, vrije tijd, school, werk, ...) en nagaan hoe wij gezonde connecties kunnen creëren. Het is een vorm van multi-systeem-therapie. Wij hechten ook veel belang aan ervaringsgericht leren: jongeren kunnen ook veel van elkaar leren.

Een gigantische opdracht. Wie maakt dit nu waar?

Bram Lambrechts: Wij hebben het geluk medewerkers te kunnen aantrekken van zowel de kinder- en jeugdpsychiatrie (Spika), als van de afdeling voor jongvolwassenen (De Zeilen 1). Die kruisbestuiving en de complementariteit vormen een meerwaarde. Op relatief korte tijd hebben wij een goed functionerend interdisciplinair team van medewerkers kunnen samenstellen: artsen, psychologen, verpleegkundigen, ergotherapeut, muziektherapeut, maatschappelijk werkers, ... Een grote rijkdom van gemotiveerde en geëngageerde medewerkers om de uitdagingen van deze nieuwe eenheid voor 8-dagplaatsen te kunnen aangaan. We zijn echter dagelijks bezig om deze opdracht vorm te geven om zo adequaat mogelijk te antwoorden op de specifieke zorgnoden van onze jongeren en jongvolwassenen.

De Federale Overheid heeft de noodkreet van de GGZ gehoord en een proefproject gelanceerd. Onmiddellijk heeft de sector tijd noch moeite gespaard om zo snel en zo goed mogelijk vorm te geven aan die oproep. De nood bij de jongeren is hoog... en het enthousiasme bij de hulpverleners groot. De redactie heeft bij het interview veel goesting en veel deskundigheid ervaren bij Dr. May Vrijens en Bram Lambrechts die het project in Asster trekken. Hun bevlogenheid en inzichten werken aanstekelijk. Nu maar hopen dat het proefproject (dat voorlopig loopt tot half 2022) voor lange tijd uitgerold en uitgebreid kan worden, zodat meer jongeren gepaste zorg krijgen aangeboden.

Epiloog

Pyxis is in feite een sterrenbeeld, dat dicht bij Spika staat en (alvast in Asster) een sterke interactie heeft met het andere sterrenbeeld 'De Zeilen'.

Zes netwerkiniciatieven, één doel!



David Dol
netwerkcoördinator Reling

Het zijn hectische tijden op vlak van netwerking in de zorg. Ondanks een wereldwijde pandemie die onze gezondheidszorg en steeds nadrukkelijker ook ons welzijn onder druk zet, wordt er meer genetwerkt dan ooit tevoren. Of is het net dankzij Covid-19 dat zorg en welzijn meer willen inzetten op samenwerking om het gekende gebrek aan doeltreffendheid aan te pakken?

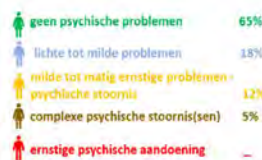
Vanuit het protocolakkoord van 02 december 2020 sturen onze overheden de zorg steeds meer aan vanuit een brede 'public mental health' visie. Ze initiëren zorginnovaties vanuit een populatiemanagement, waarbij een evenwichtige aandacht voor de noden van alle burgers wordt nagestreefd. Gekoppeld aan een 'stepped care' model worden gerichte acties ingezet in verhouding tot het voorkomen en de ernst van de problematiek:

- preventieve acties ten aanzien van burgers zonder klachten,
- veerkracht verhogende en zelfzorg-versterkende acties voor burgers met lichte en milde klachten,
- korte, intensieve behandelinterventies voor burgers met milde tot matig ernstige problemen,
- intensieve, specialistische interventies voor burgers met complexe psychische problemen,
- langdurige, reguliere en specialistische ondersteuning voor burgers met ernstige psychische aandoeningen (rood).

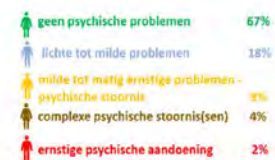
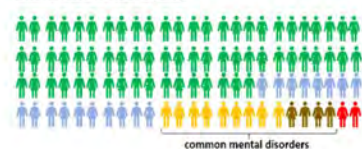
De partners van het netwerk Reling werken voortdurend samen aan innovatieve projecten die passen in dat brede 'public mental health' discours, waarbij het collectieve zorgaanbod evolueert naar een flexibel inzetbare en vraaggestuurde zorg waarbinnen de 'matched care', de juiste ondersteuning voor de juiste patiënt op het juiste moment, zijn volle potentieel bereikt.

Het protocolakkoord regelt een gecoördineerde aanpak voor de versterking van het psychisch zorgaanbod in het kader van de Covid-19

MINDERJARIGEN (18+)



MEERDERJARIGEN (18+)



Figuur: prevalentie psychische klachten – bron: Transversale overeenkomsten commissie

pandemie. Daarbij wordt naast aandacht voor deze brede visie een duidelijke oproep gedaan om de beschikbare middelen gericht in te zetten voor 'kwetsbare doelgroepen' met een verhoogde kans op het ontwikkelen van psychische problemen. We blijven vaststellen dat de zorg en het ondersteuningsaanbod deze doelgroepen onvoldoende evenredig bereiken. De drempel tussen de zorgnoden en het zorgaanbod is vaak te groot. Het huidige zorgaanbod gaat nog te vaak uit van zorgvragers die hulp zoeken op de plaatsen waar de hulp wordt aangeboden. Kwetsbare doelgroepen geraken daar echter niet en vragen een outreachende benadering die zorg bereikbaar maakt via vormen van presentie en sleutelfiguren op vindplaatsen die door de doelgroepen frequent bezocht worden. Het protocolakkoord vermeldt in dat kader de volgende doelgroepen als prioritair:

- kinderen en ouders in kwetsbare gezinnen,
- jongvolwassenen,
- mensen met multimorbiditeit,
- mensen met reeds bestaande geestelijke gezondheidsproblemen inclusief personen met een mentale handicap,
- medewerkers in gezondheidszorg en welzijn,
- sociaal uitgesloten groepen,
- zelfstandigen en loontrekkenden met risico tot arbeidsongeschiktheid,
- mensen met langdurige klachten na een COVID-19 infectie,
- mensen die en dierbare hebben verloren,
- financieel kwetsbare groepen.

Terwijl 9 op de 10 mensen met een psychische stoornis vroeg of laat wel in behandeling gaan, zien we dat dit vaak laat gebeurt. De 'uitsteltermijnen' om in zorg te gaan duren gemiddeld 10 tot 15 jaar, met als voornaamste gerapporteerde redenen: ik zal het zelf wel oplossen (6/10), ik heb geen probleem (5/10), hulpverlening kost veel (2/10) en stigma (1/10). (Bruffaerts e.a.)

Via netwerksamenwerkingen trachten we die kloof te overbruggen met de ontwikkeling van drempelverlagende, outreachende, aanklappende en waar nodig bemoei-zorgende activiteiten. Om succesvol te kunnen zijn speelt een doordachte en doorgedreven interdisciplinaire samenwerking tussen zorg- en hulpverleners, sociale en maatschappelijke ondersteuners, ervaringsdeskundigen en familie-ervaringsdeskundigen een determinerende rol. De opdracht van de netwerken geestelijke gezondheid schuift op van een focus op ernstige psychische aandoeningen bij de opstart (2012) naar een brede focus op de noden van de totale bevolking.

Van enkele recente initiatieven geven we in dit artikel een overzicht en een stand van zaken. Zes recente en zich op dit moment uitrollende netwerkiniciatieven met één gemeenschappelijk doel: kwalitatieve en effectieve zorg en welzijn voor iedere burger.

Psychologische functies in de eerste lijn

Na een pilootfase wordt de eerstelijnspsychologische hulpverlening bijgestuurd en uitgebreid met als hoofddoel de psychologische hulp voor mensen met lichte tot matige klachten toegankelijker te maken. De nieuwe conventie bouwt verder op het inzetten van vrijgevestigde klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen en dit voornamelijk bij sociaal kwetsbare doelgroepen en specifiek voor lichte tot matig ernstige klachten. Ook organisaties die klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen hiervoor in dienst nemen kunnen onder bepaalde voorwaarden toegang krijgen tot het contingent. Op deze manier investeren we in een lange termijnvisie die het aandeel van ernstige psychische aandoeningen in onze maatschappij moet verminderen door in te zetten op vroegdetectie en vroeginterventie.

De huidige bijkomende middelen, jaarlijks 151 miljoen euro federaal of ruim 10 miljoen euro voor Limburg, worden ingezet in twee onlosmakelijke functies: de eerstelijnspsychologische zorg (ELPZ) en gespecialiseerde psychologische zorg in de eerste lijn (GPZ). ELPZ omvat ondersteuningsacties die erop gericht zijn de persoon en zijn context maximaal de kans te bieden om zelfstandig met de ervaren signalen of problemen aan de slag te gaan. Er wordt ingezet op vraagverheldering en indicatiestelling, begeleiding zelfhulp, psycho-educatie, het bevorderen van de zelfredzaamheid, evaluatie en bijsturing. Waar nodig wordt bij detectie van ernstige problematieken onmiddellijk doorverwezen naar gespecialiseerde zorg in de eerste lijn of naar gespecialiseerde netwerkpartners bij meer complexe problematieken. ELPZ wordt aangeboden in individuele sessies (één op één) of in groepsessies waarbij de begeleiding wordt opgenomen door een duo aan hulpverleners. Een duo kan samengesteld worden uit klinisch psychologen en orthopedagogen of een klinisch psycholoog of orthopedagoog met een andere hulpverlener (arts, ervaringsdeskundige, maatschappelijk werker, ergotherapeut, welzijnswerker, ...). ELPZ bestaat per zorggebruiker uit gemiddeld vijf en maximum tien individuele sessies of maximum acht groepsessies per jaar voor kinderen en jongeren (-24). Volwassenen en ouderen (15+) hebben toegang tot gemiddeld vier en maximum acht individuele sessies of maximum vijf groepsessies per jaar.

Gespecialiseerde psychologische zorg in de eerstelijns zet in op kortdurende, enigszins afgebakende, ambulante interventies gericht op het detecteren en behandelen van lichte tot matig ernstige psychische problematieken. De activiteiten binnen dit aanbod bestaan uit psychodiagnostiek, behandeling, evaluatie en bijsturing. Ook hier zal waar nodig doorverwezen worden naar meer specialistische zorg bij detectie van complexe problematieken. GPZ wordt aangeboden

in individuele sessies of groepsessies volgens dezelfde modaliteiten als hierboven beschreven. GPZ bestaat per zorggebruiker uit gemiddeld tien en maximum twintig individuele sessies of maximum vijftien groepsessies per jaar voor kinderen en jongeren (-24). Volwassenen en ouderen (15+) hebben toegang tot gemiddeld acht en maximum twintig individuele sessies of maximum twaalf groepsessies per jaar.

De start van het aanbod is de zorgnood van de cliënt die door de aanmelder of de klinisch psycholoog of orthopedagoog wordt vertaald in een functioneel bilan. Een bilan wordt in principe altijd opgemaakt, voor elke psychologische interventie. We moedigen de andere partners binnen de netwerken in Limburg aan om hier ook uitdrukkelijker mee te gaan werken en samenwerken. Het bilan maakt integraal deel uit van een cliëntendossier. Aan de deelnemende klinisch psychologen en orthopedagogen van onze netwerken vragen we om in het bilan minstens op te nemen:

- de hulpvraag inclusief de zorgen, doelen en verwachtingen van de cliënt. Het gezamenlijk begrip over de aard van de hulpvraag (hoe moeten we de klachten van de cliënt begrijpen?),
- de krachten van de cliënt en diens context,
- de steunfiguren en vertrouwensfiguren,
- hoe er aan die vraag kan voldaan worden (indicatiestelling).

Een bilan kan in voorbereiding van een verwijzing ook aangemaakt worden door een netwerkpartner of hulpverlener buiten de netwerken. In dat geval werkt de klinisch psycholoog of orthopedagoog daarop verder, vult dit aan of voert wijzingen door in afstemming met de cliënt.

Het huidige budget voor eerstelijnspsychologische zorg dekt ongeveer één tiende van alle psychologische zorg af bij vrij gevestigde klinisch psychologen en orthopedagogen. Terwijl het aanbod openstaat voor iedere burger richten

we vanuit hogergenoemd protocolakkoord de toegang ertoe in op de zorgnoden van de meest kwetsbare doelgroepen uit alle leeftijdscategorieën. We geven extra aandacht aan de noden van kinderen, jongeren en jongvolwassenen vanuit de wetenschap dat door bij deze doelgroepen in te zetten op vroegdetectie en vlot toegankelijke kortstondige vroeg-interventies het meeste impact kan worden gegenereerd. (Bruffaerts e.a.)

Om de toegang voor kwetsbare doelgroepen te faciliteren worden sessies ELPZ en GPZ zo veel mogelijk georganiseerd op lokale 'vindplaatsen', in buurten en wijken. Vindplaatsen zijn laagdrempelig toegankelijke plekken waar het voor kwetsbare burgers logisch is om hulp te vinden. Aan iedere eerstelijnszone en gemeente wordt gevraagd vindplaatsen aan te duiden die relevant zijn voor de vermelde kwetsbare doelgroepen, rekening houdend met volgende kenmerken:

- een herkenbare plek voor kwetsbare burgers in de buurt of wijk,
- een plek waar hulpverleners uit de eerstelijnszone intersectoraal samenwerken voor kwetsbare mensen,
- een plek waar kwetsbare kinderen, jongeren en jongvolwassenen elkaar ontmoeten of samenkomen,
- een plek waar mensen samenkomen of geholpen worden vanuit een kwetsbare sociaaleconomische situatie.

Op de vindplaatsen en in de toeleiding ernaar werken lokale netwerkpartners samen aan een geïntegreerde en intersectorale zorg. Lokale ophaalpunten voor zorg en ondersteuning geraken er op elkaar afgestemd en werken als één netwerk waardoor ze zorgvragers vloeiend naar de juiste hulp kunnen verwijzen. Sleutelfiguren spelen een verbindende rol en leiden gedetecteerde zorgvragers naar de lokale vindplaatsen. De mate waarin de klinisch psycholoog of orthopedagoog erin slaagt om samen te werken met deze sleutelfiguren is een kritische succesfactor. De klinisch psycholoog of orthopedagoog zal ten slotte die verbinding ook gebruiken om patiënten toe te leiden naar andere lokale vormen van zorg of ondersteuning. Sleutelfiguren zijn o.a. huisartsen, docenten, thuiszorgmedewerkers, maatschappelijk werkers/assistenten, werkbegeleiders, buurt-opbouwers, straathoekwerkers, vrijwilligers bij sociale verenigingen,

Zorgvragers kunnen reeks terecht bij de door het netwerk gecontracteerde klinisch psychologen en orthopedagogen die sessies aanbieden tegen een terugbetalingstarief van €11,00 per individuele sessie, €4,00 per sessie als je verhoogde tegemoetkoming geniet en €2,50 per groepsessie. Gecontracteerde klinisch psychologen en orthopedagogen engageren zich binnen het netwerk voor een vastgelegd aantal sessies per week gerelateerd aan een lokale vindplaats.

Het maximaal beschikbare budget wordt door de drie Limburgse netwerken geestelijke gezondheid (Ligant, Noolim en Reling) aan de hand van een populatiemanagementtool verdeeld over de acht eerstelijnszones. De tool houdt rekening met de bevolkingsaantallen en enkele determinerende sociaal economische kenmerken van een regio, zoals o.a.:

- de lage werkintensiteit
- de kansarmoede index
- het aandeel burgers met betalingsachterstanden, budgetmeters gas en elektriciteit
- het aantal alleenstaande 75-plussers en ouders
- het aantal personen met het statuut chronische aandoening of een verhoogde tegenmoetkoming
- het aantal burgers met een niet EU herkomst

Vanuit een eerste simulatie waarbij we het beschikbare budget inzetten volgens een aantal startassumpties (verdeling ELPZ 60% - GPZ 40% + verdeling individueel 90% - groepsaanbod 10%) berekenen we dat in iedere Limburgse ELZ gemiddeld 104 individuele sessies ELPZ, 3 groepsessies ELPZ, 55 individuele sessie GPZ en 2 groepsessies GPZ per week kunnen doorgaan voor volwassenen en ouderen (+15 jaar). De simulatie voor kinderen en jongeren was bij het ter perse gaan nog niet volledig doorgerekend. Gaandeweg worden de nodenanalyses scherper en zien we via monitoring van zorggebruik tendensen ontstaan die de startassumpties zullen omzetten in onderbouwde keuzes.

Het beschikbaar aantal sessies per eerstelijnszone kan lokaal verder verdeeld en ingezet worden op vindplaatsen. Voor deze oefening beschikken de eerstelijnszones over dezelfde populatiemanagementtool met gegevens tot op niveau van een gemeente en krijgen ze ondersteuning van de netwerken.

Versterking van de mobiele teams

De covid-19 pandemie en de daarop volgende maatregelen hebben aangetoond dat personen met ernstige en complexe zorgnoden op vlak van geestelijke gezondheid en welzijn de bestaande wegen naar gepaste zorg niet (meer) vinden of willen bewandelen. Vanuit hetzelfde protocolakkoord werd besloten de mobiele teams met een kwart te versterken om de toegang tot zorg te verbeteren. Daarbij werd de doelgroep van de mobiele teams in één keer uitgebreid naar ouderen (65+). Daarnaast werd de mobiele teams gevraagd een aanklappende en ondersteunende werking uit te bouwen voor kwetsbare burgers met (een vermoeden van) ernstige psychische klachten die zich in onrustbarende situaties bevinden. In het Reling werkingsgebied kwamen met deze incentives 11,70 voltijdsequivalenten aan hulpverleners bij en werden de aan de teams verbonden uren voor de psychiaterfunctie opgetrokken met 14 uren.

Ouderen met psychische problemen en nood aan mobiele zorg kunnen vanaf 2022 beroep doen op het mobiele basisaanbod van de crisisteams en de herstelteams. Op welke specifieke problematieken de mobiele teams gaan werken wordt momenteel verder geëxplodeerd. Tegelijkertijd worden de banden met de ambulante en residentiele gespecialiseerde teams voor ouderen aangehaald. Met de sector van de dementiezorg wordt eveneens samengewerkt om diagnostiek en wederzijdse verwijzingen te optimaliseren.

Daarnaast kunnen sinds dit jaar de lokale eerstelijns- en welzijnspartners casussen aanmelden waar de mobiele teams verkennend en aanklappend op huisbezoek gaan. De doelgroep zijn personen die zich in precaire (sociale) situaties bevinden, waarvan het vermoeden bestaat dat ze psychisch lijden en die op de klassieke manier niet in zorg geraken. De mobiele teams werken hierbij in opdracht van de lokale

samenwerkingsverbanden geestelijke gezondheidszorg en welzijn (vb. de kruispunten) en hebben als opdracht om samen met de aanmeldende partner de noden en hinderende factoren naar zorg in kaart te brengen. Ondertussen bieden ze de eerste hulp waar dat kan. Het gaat vaak om mensen met een zorgnood die de weg naar gespecialiseerde zorg niet wensen te bewandelen, omdat ze geen vertrouwen (meer) hebben in de zorgpartners of omdat ze voor zichzelf geen problemen (h)erkennen. Het betrokken mobiele team maakt een nodenanalyse op die vervolgens wordt teruggekoppeld aan de juiste zorg- en welzijnsaanbieders. 'Juiste' betekent hier vaak de aanbieder die toegelaten wordt door de betrokken persoon en zijn context om te handelen. Bij twijfel of wanneer de gedoodverfde zorgactoren geen aansluiting vinden wordt de casus besproken in de lokale multidisciplinaire samenwerking, bijvoorbeeld in de backoffice van het kruispunt, waar men samen op zoek gaat naar een alternatieve invulling en opvolging. Belangrijk hierbij is dat niet losgelaten wordt, dat op zijn minst de aanmeldende actor zich ondersteund weet en dat er desnoods louter naar een vorm van harmreduction wordt gestreefd.

Naar een (lokaal) zorgprogramma crisiszorg

Vanuit ons netwerkperspectief bouwen we met de kernpartners crisiszorg verder aan een concept voor een zorgprogramma crisiszorg. Dit traject loopt al enkele jaren en werd door covid-19 danig verstoord. De focus van het traject is erop gericht om de crisishulpverlening te versterken door per (sub)regio netwerksamenwerking te organiseren volgens een afgestemd zorgcircuit crisiszorg. Lokale crisisactoren geestelijke gezondheid en welzijn werken binnen een zelf te bepalen regio intensief samen aan een intersectoraal zorgprogramma crisiszorg. Als eerste speerpunt ontwikkelen de actoren een gezamenlijke 'aanmeld en vraagverheldering'-functie, waarin twee



uitdagingen worden meegenomen: een aanmeld-functie opbouwen vanuit een doorgedreven sub-regionale samenwerking tussen alle ambulante, mobiele en residentiële actoren crisiszorg en ondersteuning aanbieden aan verwijzers vanuit het aanmeldpunt. Het aanmeldpunt moet ervoor zorgen dat een verwijzer niet langer op zoek moet gaan naar 'wie doet wat wanneer'? Bij aanmelding krijgt de actor de nodige ondersteuning om vanuit zijn eigen rol actief te blijven in de casus, terwijl de indicatiestelling wordt vervolledigd. De regionale samenwerking tussen de crisisactoren moet leiden tot:

- een betere toegang tot crisiszorg door in te zetten op:
 - laagdrempeligheid: ik vraag sneller hulp, ik voel me minder geremd om hulp in te roepen
 - vlottere toegang tot crisishulp: ik kan mijn vraag snel en binnen een voor mij normale context stellen
 - duidelijke verwijzspaden: mijn verwijzers vinden/kennen de kortste weg naar crisishulp
- kwalitatief betere zorg in netwerkverband:
 - maximaal in en met de context van de hulpvrager
 - vraaggestuurd, cliënt- en contextgericht
 - herstel-ondersteunend, gericht op het behouden of terug verkrijgen van controle over het eigen leven
 - op maat van de zorgvrager en zijn context, rekening houdend met wat kan en werkt
- efficiënte crisiszorg:
 - afgestemd volgens heldere afspraken binnen een zorgprogramma crisiszorg, bestaande uit zo naadloos mogelijk geschakelde modules (continuïteit van zorg)
 - georganiseerd volgens een stappenplan van steeds intensievere zorgvormen (stepped care), waarbij het niet de bedoeling is om alle stappen te doorlopen, maar wel om met zo weinig mogelijk stappen resultaat te boeken (matched care)
 - uitgevoerd door de regionale zorgactor het best geplaatst voor die specifieke zorgvraag en zorgsituatie. Zo voeren specialistische crisisactoren enkel activiteiten uit die de generalistische zorgactoren op dat moment niet of minder behoorlijk kunnen uitvoeren en omgekeerd. (subsidiariteitsprincipe)
- crisiszorg ingericht en uitgevoerd met participatie van patiënt en naastbetrokkenen:
 - crisiszorg in dialoog waar mogelijk
 - organisatie van zorg via het betrekken van patiënt- en familievertegenwoordigers in overleg- en evaluatiestructuren
 - inzetten van ervaringsdeskundigheid in crisiszorg

De samenwerking tussen de crisisactoren wordt opgebouwd rond de principes van de 'Innovatieve Arbeidsorganisatie' die het moeten mogelijk maken om beter in te spelen op de volatiele,

onzekere, complexe en ambigue kenmerken van crisissen. Dit voorjaar zetten we dit project concreet verder met een colloquium aan de UHasselt op 30 april en de opstart van een zorgprogramma manager crisiszorg op netwerkniveau.

Naar een lokaal zorgprogramma langdurige zorg

De kernpartners langdurige zorg zitten ook niet stil en bouwen een gezamenlijk zorgprogramma uit waarbij ze de zorg en ondersteunende initiatieven voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) lokaal beter op elkaar gaan afstemmen en de krachten gaan bundelen om gekende hiaten in het zorgaanbod aan te vullen.

Phillipe Delespaul definieert EPA als volgt:

"Een ernstige psychiatrische stoornis is een stoornis:

- die zorg/behandeling noodzakelijk maakt
- die met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaat
- waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van de psychiatrische stoornis en niet van voorbijgaande aard is (ten minste enkele jaren)
- waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is om het behandelplan te realiseren.
- De term 'ernstig' heeft betrekking op bijkomende beperkingen op meerdere levensgebieden. De onderlinge verwevenheid tussen de psychische problemen en andere levensdomeinen is hierbij kenmerkend."

lets minder dan 2% van de volwassenen in onze samenleving kampt met een ernstige, langdurige psychiatrische aandoening. Vaak lijden ze aan ernstige vormen van complexe problematieken zoals schizofrenie, stemmingsstoornissen, autisme, persoonlijkheidsstoornissen, ... en ervaren ze grote beperkingen in meerdere levensdomeinen. Behandeling, begeleiding en ondersteuning zetten in op herstel en het verhogen van de ervaren levenskwaliteit.

Door het langdurige karakter van de aandoeningen, de wisselende zorgbehoeften die worden ervaren en de impact op bijna alle levensdomeinen moeten personen met EPA steeds aankloppen bij onnoemelijk veel verschillende hulpverleners en diensten. Een doorgedreven samenwerking en overleg tussen de betrokken actoren die vanuit verschillende organisaties komen, resulteert in gemeenschappelijke strategieën, heldere rolverdelingen, planmatige zorg en doorgesproken crisisplannen die op hun beurt de kans op slagen sterk zullen verbeteren.

Fasen in herstel

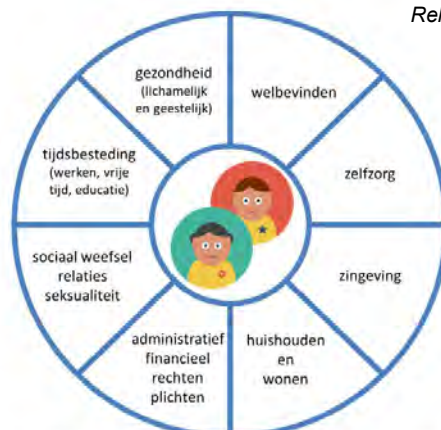
Het herstelproces onderkent 4 fasen: de acute of crisisfase, de stabilisatiefase, de heroriënteringsfase en de re-integratiefase. (Fasen van herstel - Wilken, e.a.), "Herstellen is wat de patiënt doet. Herstelondersteuning is de hulp die hij daarbij krijgt. Herstelondersteunende zorg is wat de zorg daarin bijdraagt." (Droes, e.a.) Het ondersteunen van het herstel behoort tot de kern van de geestelijke gezondheidszorg en zit vervat in alle interventies. Die interventies vormen samen de modules van een zorgprogramma langdurige zorg dat georganiseerd wordt per subregio. Een volwaardig zorgprogramma omvat interventies gericht op het:

Klinisch herstel: controle krijgen over de symptomen door een goede medisch-psychiatrische en psychologische behandeling en het leren van zelfmanagement van symptomen (psychiatrische behandeling)

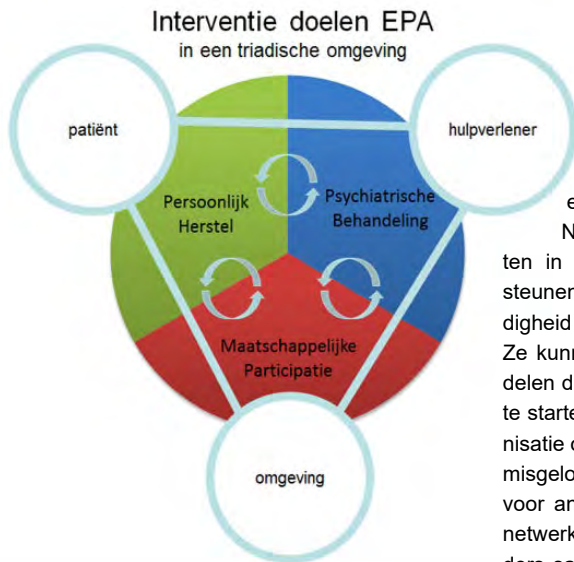
Persoonlijke herstel: het proces van de cliënt zelf met als doel het ontwikkelen van een stevigere identiteit. De omgeving, zelfhulpgroepen en herstelwerkgroepen kunnen hierbij van groot belang zijn, alsook herstelondersteunende behandel- en rehabilitatie interventies. (persoonlijke groei)

Maatschappelijk herstel: het behouden, verkrijgen en groeien in maatschappelijke rollen waarvoor o.a. rehabilitatie, stigmabestrijding en kwartiermaken worden ingezet. (participatie)

Kader: uit 'herstelondersteunende langdurige psychiatrische zorg op maat' Netwerk Team Reling 2017



Figuur: Schematische voorstelling levensdomeinen, Netwerkteam Reling 2017



Figuur: interventiedoelen EPA, Philippe Delespaul (Maastricht University – PsyCope – Mondriaan)

Vanuit de visie op vermaatschappelijking van zorg en de wetenschap dat slechts een minderheid van mensen met een ernstige psychiatrische aandoening planmatig en structureel in begeleiding zijn, wordt via het zorgprogramma langdurige en complexe zorg extra ingezet op samenwerking met de gemeenschap, de eerste lijn en welzijn. We stellen voor het zorgprogramma te ontwikkelen samen met en op maat van de eerstelijnszones.

Concreet wordt het basisidee nog verder uitgewerkt waarna er experimentele pilootprojecten volgen per eerstelijnszone. Een zorgprogramma manager langdurige zorg, voorzien vanuit het netwerk, krijgt als opdracht meer duidelijkheid en structuur te brengen in de concrete samenwerking rondom deze bijzonder kwetsbare doelgroep.

Ervaringsdeskundigheid in de zorg

Het belang van de inzet van ervaringsdeskundigheid en familie-ervaringsdeskundigheid in zorg en welzijn staat niet langer ter discussie. De manieren waarop het kan ingezet worden in activiteiten zoals preventie, vroegdetectie en vroeginterventie, zorg- en hulpverlening, nazorg en herstelondersteuning zijn veelzijdig. Een aantal goed uitgewerkte en gevalideerde publicaties (zie kader) ondersteunen stapsgewijs de voorbereiding, toepassing en borging van ervaringsdeskundigheid in een werking.

Niettemin deze goed uitgewerkte naslagwerken en stappenplannen blijkt uit recente praktijkervaringen dat het inschakelen van ervaringsdeskundigheid vaak moeizaam verloopt

en kan botsen op stevige hindernissen. Netwerkpartners Reling die stappen zetten in het ontwikkelen van een herstelondersteunende zorg en die daarbij ervaringsdeskundigheid inzetten, kunnen veel van elkaar leren. Ze kunnen goede praktijken en succesverhalen delen die inspirerend zijn om bepaalde acties op te starten of verder uit te werken. Hoe een organisatie omgaat met de ervaren drempels en zelfs misgelopen pogingen zijn vaak zinvolle lessen voor anderen. Daarom starten we in 2022 een netwerk – leerplatform op, waarbij we de uitvoerders samenbrengen om van elkaar te leren: de actieve (familie-) ervaringsdeskundigen, de hulpverleners die met hen samenwerken, de stafmedewerkers en directieleden die het beleid vorm geven en thema-experten.

Kruispunten, daar waar alle wegen samenkomen.

Het landschap en het aanbod van zorg en welzijn ontwikkelt zich steeds verder, wat meer diversiteit en specialisme meebrengt als antwoord op de vele zorgnaden en de vraag naar zorg op maat. Burgers en verwijzers liepen voorheen al verloren in de complexe details van verschillende mogelijkheden en geven al geruime tijd aan dat dit zich steeds harder begint te manifesteren. Daarnaast vertoont onze zorg en ondersteuning voor personen met een psychische nood nog

steeds ontoelaatbare lacunes, belemmeringen en hindernissen. We onderscheiden daarin twee hoofdoorzaken, waarbij we er niet aan ontkomen om eerst te wijzen op het schrijnende gebrek aan voldoende investeringen in zorg en welzijn voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. De tweede hoofdoorzaak is de fragmentatie van het zorg- en ondersteuningssysteem, in stand gehouden door een verdeeldheid van bevoegdheden en de daarop gebaseerde financieringsystemen. Netwerken zoeken continue naar passende, verbindende initiatieven om een herorganisatie van de geestelijke gezondheidszorg te realiseren.

Specialisatie, centralisatie en standaardisatie zijn belangrijke bouwstenen waarop het huidige systeem werd ingericht. Dat heeft onmiskenbaar een positieve invloed op de zorg en ondersteuning voor specifieke hulpvragen die vaste, complexe en soms routinematige werkzaamheden vereisen. Specialisatie en centralisatie dragen bij tot topzorg, maar dragen het risico met zich mee dat ze leiden tot interne gerichtheid en uitsluiting van zorg voor cliënten met andere zorgen en ondersteuningsnaden of niet alledaagse leefomstandigheden. Standaardisatie biedt duidelijkheid, maar vermindert de keuzevrijheid van hulpvragers en het regelmatigheden van hulpverleners. Daarom is het wenselijk dat we bij het



Photo by Denys Nevozhai on Unsplash

Online vrij raadpleegbaar:

- Globaal plan ervaringsdeskundigheid (www.herstelplatform.be)
- Participatiegids (www.psy107.be)
- Herstelgericht kijken (www.sociaal.net.be)
- De kracht van ervaring: do's en don'ts bij implementeren ervaringsdeskundigheid (www.trimbos.nl)
- Acht belangrijke factoren die de implementatie van ervaringsdeskundige hulpverleners in de reguliere ggz beïnvloeden (www.kenniscentrumphrenos.nl)

- E-book: Handreiking voor de inzet van ervaringsdeskundigheid vanuit de geestelijke gezondheidszorg (www.trimnos.be)

Boeken:

- Praktijkboek herstelondersteunende zorg - Joyce Langedijk (SWP)
- Ervaring werkt - Didier Reynaert, Griet Roets, Jessica De Maeyer, Tijs Van Steenberghe (Acco)
- Nieuwe collega's in de zorg - Eva Marie Castro (Lannoo)

aanpassen van het zorgsysteem een goed evenwicht vinden tussen twee complementaire principes: specialisatie, centralisatie en standaardisatie versus generalisatie, decentralisatie, integratie en maatwerk! Acute, planbare en chronische vormen van basiszorg en ondersteuning organiseren we beter gespreid, geïntegreerd, intersectoraal en decentraal, dicht bij de hulpvrager. In een omgeving waarin hulpverleners zichtbaar zijn voor burgers en voor elkaar. Daar werken ze via korte lijnen samen en hebben ze voldoende regelvermogen om hun werk af te stemmen op de hulpvragen in de lokale omgeving.

Bij eenvoudige zorgnoden die monodisciplinair kunnen worden aangepakt valt de weg naar de juiste zorg nog redelijk mee. Veel moeilijker wordt het bij veelvoudige zorgnoden die best multidisciplinair worden ingeschat en aangepakt. Vooral voor die laatste groep zijn we kruispunten gaan inrichten. Op vastgelegde momenten kunnen burgers met onduidelijke, complexe of meervoudige zorgvragen en hun verwijzers per eerstelijnszone terecht bij duo's van hulpverleners: telkens iemand uit de geestelijke gezondheidszorg en iemand uit welzijn of de eerste lijn. Door samen de eerste beeldvorming over de zorgnoden en indicatiestelling te doen, vermijden we dat hulpvragers van het kastje naar de muur worden gestuurd. Daarenboven stellen we vast dat de kruispunten een drempelverlagend karakter hebben.

Doordat ze ingericht worden in maatschappelijk vlot bereikbare plekken (sociaal huis, welzijnscampus...) zien we er steeds meer mensen met eenvoudige of beginnende klachten die op zoek zijn naar de gepaste hulp en ondersteuning. (front office). Achter het kruispunt werken zo veel mogelijk lokale partners en hulpverleners samen en helpen ze elkaar verder met het inschatten van complexe en meervoudige zorgnoden bij cliënten en patiënten waarmee ze in de eigen werking dreigen vast te lopen. (back office).

In alle eerstelijnszones van Limburg zijn er onder-tussen kruispunten opgericht, zij het in verschillende

fases van ontwikkeling. Voor het Reling werkingsgebied zijn er kruispunten in West-Limburg (Lummen), MidWestLim (Beringen), Herkenrode (Hasselt), Haspengouw (Sint-Truiden) en Noord-Limburg (Pelt).

Alleen ga je sneller, samen kom je verder!

Het bekende Afrikaanse spreekwoord liegt er niet om. Een aantal uitdagingen zijn groot, erg groot. Daarom kiezen de Limburgse netwerken steeds vaker om bepaalde projecten en ontwikkelingen regionaal samen aan te pakken. Netwerk Reling werkt actief en intensief samen met de geestelijke gezondheidsnetwerken **Noolim, Ligant en Zorg Aan Geïnterneerden** en heeft ook ambities voor intensere en structurele verbindingen met:

- de 'één gezin één plan' initiatieven: 1sgezind, Gezin Centraal en Plantrekkers
- de initiatieven tot een Breed Geïntegreerd Onthaal van de welzijnsactoren
- de algemene ziekenhuisnetwerken

We stellen vast dat de eigen netwerkinitiatieven zoals **Cabrio** (dedicated teams voor dak & thuislozen) en **EKWo** (aanklampende zorg bij sociale huurders) over de grenzen van ons netwerk heen groeien. Ultiem trachten we op regionaal niveau een aantal randvoorwaarden te creëren die het mogelijk moeten maken om lokaal; op niveau van een eerstelijnszone, een stad of gemeente, een buurt of wijk...; de lokale samenwerking rondom de zorgbehoevenden zo vlot mogelijk te laten verlopen. De erkenning van de provincie Limburg tot één regionale zorgzone zet deze ambities de nodige kracht bij.

Volg de ontwikkelingen van het netwerk Reling en zijn partners online:

- via de websites www.reling.be en www.ggzlimburg.be
- via de Facebookpagina 'Netwerk Reling'
- via de LinkedIn pagina 'Netwerk Reling'

Referenties:

Presentatie: Werkgroep 'Transversale commissie voor geestelijke gezondheid' online 08/01/2021.

Protocolakkoord van 02/12/2020: Protocolakkoord gesloten tussen de Federale regering en de in de artikelen 128, 130, 135 en 138 van de grondwet bedoelde autoriteiten betreffende de gecoördineerde aanpak voor de versterking van het psychisch zorgaanbod in het kader van de COVID-19 pandemie.

Publicatie: De mythes voorbij. Het Public Health perspectief in de geestelijke gezondheidszorg. Zorgnet-Icuro. Ronny Bruffaerts, 2021.

Werknota 's Limburgse coördinatie cel 'psychologische functies in de eerste lijn'.

Werknota 's IAO traject crisiszorg o.b.v. professor Geert Van Hootegem.

Lezing: 'Aan herstel werken, dat doen we toch allemaal?' Philippe Delespaul voor Netwerk Reling, Heusden-Zolder 26/09/2013.

Publicatie: Zorgprogramma langdurige zorg, Netwerkteam Reling 2017.

Werknota: Netwerk leerplatform ervaringsdeskundigheid, Werkgroep participatie Reling 2021.

Publicatie: Over lokaal en intersectoraal georganiseerde, geïntegreerde zorg en ondersteuning voor personen met psychische en psychosociale problemen. Inspiratietekst met doorkijk naar de toekomst, Vlaamse netwerkcoördinatoren 2020.

Ziekenhuisschool De Radar groeit verder op campus Stad



Lieve Maris
Leraar

1 mei 2019 was een historische dag voor het onderwijs in Asster. Na bijna 25 jaar ijveren werd het licht op groen gezet voor een ziekenhuisschool.

Dankzij de samenwerking met de psychiatrische kliniek Alexianen in Tienen werd deze droom vier maanden later, 1 september 2019, een feit. Onze school werd opgericht, maar ook ingericht dankzij de goede samenwerking van eenieder binnen Asster.

Alle jongeren van Spika gingen vanaf dan naar 'de school'. Er waren meteen ook een aantal jongvolwassenen vanuit De Zeilen 1 en 2 die van het schoolse aanbod konden genieten. Vanaf januari 2020 kregen ook de jongeren van Satelliet k een schoolse aanbod en vanaf september 2021 ook de patiënten van Pyxis.

Wanneer we na de afgelopen 2,5 jaar terugblikken, kunnen we samenvatten dat de twee werelden van onderwijs en zorg naar elkaar gegroeid zijn en dat de vreemde eend in de bijt ondertussen een vaste waarde is geworden binnen Asster.

Binnen de multidisciplinaire teams heeft de ziekenhuisschool een belangrijke plaats, waardoor er complementair en geïntegreerd waardevolle expertise kan uitgewisseld worden. Op die manier kan onderwijs op maat een bijdrage leveren aan het toekomstbeeld van de leerlingen.

Vanaf januari 2022 kunnen ook de jongeren van Heem vzw op campus Stad een beroep doen op de ziekenhuisschool om hun secundair onderwijs af te ronden. Op termijn zal er gekeken worden of aanmeldingen van andere afdelingen binnen campus Stad haalbaar zijn.

Het kapsalon aan het restaurant werd alvast ingericht als klas- en praktijklokaal. De komende maanden zal de school verder uitgebreid worden in de lokalen van Heem vzw. Dit met de kennis en ervaring die ondertussen vanuit campus Melveren en Tienen werden opgebouwd.

De Radar als school blijft dus verder groeien van 42 leerlingen in september 2019 tot 71 leerlingen in december 2021. In totaal werken er ook al 26 leerkrachten binnen De Radar. Met de uitbreiding van de school zal dit aantal alleen maar stijgen.



Mijn woord van het jaar is HOOP



Luc Awouters
stafmedewerker PRO Asster

Neen, geen flashy woord, ik weet het. Te vanzelfsprekend, zeker op het eerste zicht, ik weet het. Maar als ik je zou vragen wat dit woord precies betekent, zou je het mij dan kunnen vertellen? Ik realiseerde mij, dat ik dat woord wel erg vaak gebruik. Ook jij. Ga maar na. Tel maar. Je zal verrast zijn hoe aanwezig hoop is in onze communicatie en in wat we denken en doen. Ik beseft dat we er aan vasthangen, genadeloos soms, verzachtend vaak... Van hopeloos tot hoopvol. Always here. Hoop als een gids in mijn levensverhaal. Het maakte mij nieuwsgierig om deze metgezel wat beter te leren kennen. Ik zocht hem op. Verscholen in de hoofden en harten van zoveel mensen, dichtbij en veraf. Gekend en minder gekend. Ik vond antwoorden op heel wat van mijn vragen over 'hoop' en ik durf er op wedden, dat die antwoorden ook jou zullen interesseren.

Aan Luk Bouckaert werd gevraagd: wat is HOPEN?

Hopen is geloven dat het leven ondanks alle mislukkingen een zin en bestemming heeft. Hoop gaat dieper dan het verlangen naar succes. Hoop is, zoals Václav Havel zegt, ergens voor werken omdat het goed is, niet alleen omdat het kans van slagen heeft. Hoop is niet hetzelfde als optimisme of de overtuiging dat iets goed zal aflopen. Het is wel de zekerheid dat iets zinvol is, wat ook de afloop zij of het resultaat. Deze grondhouding steunt op de overtuiging dat we deel uitmaken van een ons overstijgend zinvol geheel. Filosoof Kant zegt het volgende: de menselijke geest is niet alleen een algoritmisch denkende computer en evenmin een wetgevend systeem van normen en regels. De geest heeft ook andere vermogens. Met zijn spirituele vermogens is hij in staat zin en hoop in het leven te ontdekken.

Met de pandemie in volle gang, kunnen we dan nog wel spreken van een HOOPVOLLE TOEKOMST?

Als de toekomst in wezen onbekend is, dan moet dat ook een plaats krijgen in de methodes om over de toekomst te denken. We moeten ernaar streven ons te verbinden met die 'onbekendheid',

in plaats van de toekomst te herleiden tot wat we al weten of wat we wensen. 'Durf niet te weten', betitelde Thomas Hannes zijn interessante column in De Standaard van 5 augustus 2020, waarin hij pleitte voor een vorm van bescheiden denken in tijden van corona, een denken dat recht doet aan de complexiteit en hardnekkigheid van problemen en aan de onvoorspelbaarheid van de toekomst. Niet-weten is een houding van openheid voor de verrassende scheppingsdynamiek van de tijd. Het is de spirituele grondhouding van hoop en ondernemerschap.

Net als vele organisaties wil Asster een HOOPVOLLE ORGANISATIE zijn, hoe ziet die er uit?

Volgens **Thomas Leyssen**, is een hoopvolle organisatie, een organisatie waarin men vertrouwen kan hebben. In de eerste plaats het vertrouwen dat zij zich richt naar de lange termijn en dat zij probeert in haar keuzes de correcte morele afwegingen te maken (zonder daarover hoogdravend te doen). Het is een organisatie waarvan men het gevoel heeft dat ze op een correcte en integere manier met mensen, met het milieu en met haar omgeving omgaat.

Wat betekent HOOP voor het LEIDERSCHAP in een organisatie?

Bart de Smet zegt hierover dat, zodra er minder hoop is, is er meer leiderschap nodig is. Dit leiderschap kan uit alle geledingen van de



maatschappij komen. Heel vaak verschijnen in een crisis dan ook nieuwe ‘helden’ die het voortouw nemen en als bron van inspiratie en motivatie voor anderen fungeren. Wat moeten bedrijfsleiders doen wanneer de hoop op het spel staat? De hoop is immers onze laatste verdedigingslinie, dus kan ze maar beter goed gemanaged worden. In de eerste plaats is een oprechte en sterke betrokkenheid cruciaal – een betrokkenheid bij zowel interne stakeholders als bij externe. Een betrokkenheid die verder gaat dan ‘we zijn trots op wat jullie gerealiseerd hebben’ of ‘we hebben begrip voor deze heikele situatie’. Deze betrokkenheid moet een natuurlijk onderdeel van de bedrijfscultuur zijn – ze is niet iets wat je even tevoorschijn haalt in een crisis. Het is juist in tijden van crisis dat een vooraf opgebouwde betrokkenheid ervoor zorgt dat je als bedrijf de crisis goed kan doorstaan.

Wanneer de hoop op het spel staat, wordt van leiders ook verwacht dat ze toekomstgericht blijven, dat ze duidelijk maken wat de uitdagingen en opportuniteiten zijn die in de toekomst nog verwacht kunnen worden en hoe iedereen daaraan kan bijdragen. Het gaat erom enthousiasme te creëren voor een positieve toekomst die een negatieve, neerwaartse spiraal remedieert. Dat doe je door openheid van geest en leergierigheid te stimuleren in alle niveaus van je bedrijf.

In crisissituaties moeten leiders het voortouw nemen. Ze moeten zichtbaar en toegankelijk blijven in de organisatie – vaak met de ‘laarzen in de modder’. Daarnaast is transparante communicatie cruciaal en moeten leiders de moed hebben om zich kwetsbaar op te stellen. Ook leiders hebben immers niet op alles onmiddellijk een antwoord. Belangrijker is om op zulke momenten aan te geven dat er samen naar een uitkomst gezocht wordt. Op die manier worden leiders een baken van hoop, vertrouwen en verbinding.

Tot slot, waarop mogen we HOPEN voor het NIEUWE JAAR?

Jochanan Eynikel geeft aan dat we allemaal, wereldwijd behoefte hebben aan ‘hoop’ doorheen de coronapandemie. Hoop op vaccins, hoop op herstel, hoop op beterschap. In de economie van de hoop kunnen bedrijven op twee manieren een verschil maken. Enerzijds in het waarmaken van de beloftes die ze vandaag kenbaar maken naar de buitenwereld in allerhande charters en purpose statements. “Practice the hope you preach”, is dan de boodschap. Anderzijds door werk te maken van zinvol werk in hun arbeidsorganisatie. Door de medewerker niet louter als ‘human resource’, maar als ‘human being’ en zinzoeker te behandelen, kan een organisatie een bron van betekenis en hoop zijn.

Wie is wie:

- Jochanan Eynikel (business filosoof Denktank Etion)
- Thomas Leyssen (voorzitter RvB Mediahuis, Umicore, Boudewijnstichting)
- Luk Bouckaert (emeritus hoogleraar filosofie en economie, KUL)
- Bart de Smet (CEO Ageas)

Referenties:

Lessenpakket ‘kies voor hoop’ (o.a. Brecht Daneels Uantwerpen).

Themacahier ‘een economie van de hoop’ (dec 2020; Trends leerstoel Uantwerpen).

<https://www.thehopeproject.nl/nl/the-hope-barometer/>.

https://goldschmeding.foundation/wp-content/uploads/Hoopbarometer-I_05.pdf.

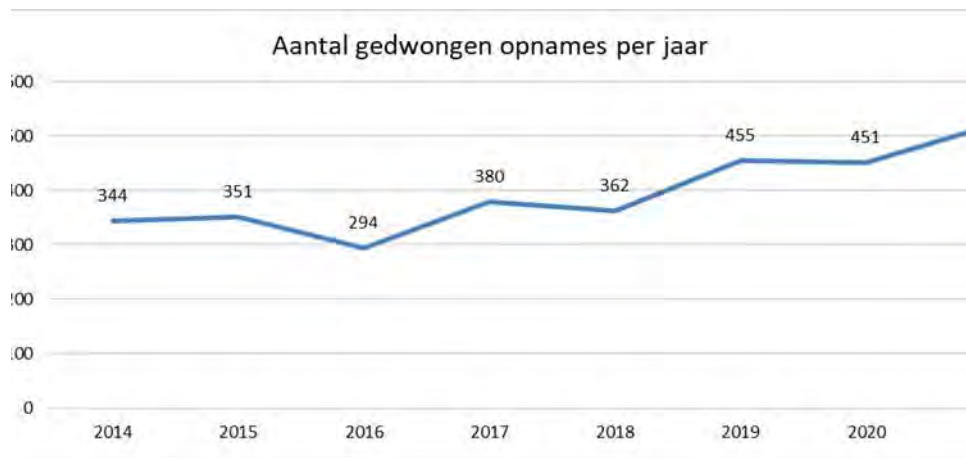
Hoogst aantal gedwongen opnames ooit...

Het zal wellicht niemand ontgaan zijn, maar nooit eerder werden zoveel mensen in Asster gedwongen opgenomen als in 2021. Vorig jaar werden 519 gedwongen opnames genoteerd. Een gedwongen opname vindt plaats wanneer een persoon een gevaar betekent voor zichzelf of voor anderen en psychiatrisch ziek is. Bovendien gaat men ervan uit dat er geen alternatief voorhanden is en dat een opname in een psychiatrisch ziekenhuis de enige uitweg is.

Een gedwongen opname wordt uitsproken door een vrederechter, in spoedeisende gevallen door de procureur. Een medisch attest is vereist.

Waarom de blijvende stijging van gedwongen opnames te wijten is, is onduidelijk.

Limburg kent (per 100.000 inwoners) het hoogst aantal gedwongen opnames in België. Ook daarvan is de reden onduidelijk. Wellicht werden nergens anders meer gedwongen opnames gerealiseerd dan in Asster.



De overheid werkt aan een nieuwe wetgeving terzake. Een werkgroep (justitie en volksgezondheid) werkt een advies uit.

Hierna een overzicht van het aantal gedwongen opnames per afdeling

GO 2021	orion 1	orion 2	orion 3	libra 1	libra 2	libra 3	vega	nova1	nova 2	spika 1	spika 2	spika 3	sirius 1	sirius 2	sirius 3	de zei 1	de zei 2	2021	
																			totaal
jan	6	5		6		1	8								2	4	2		34
febr	3	6		1		2	15						2	3	2	1	1		36
mrt	12	7		4		1	13				1		1	4	1	3			47
april	10	4	1	2		2	17				1		3	1			1		42
mei	13	5		6		3	12	1		1	1			4	2	1	2		51
juni	6	9		3		3	13				1			2		2	3		42
juli	10	2		6		2	14				1			2	1	1	1		40
aug	8	9		3			19				1		2	1			1		44
sept	7	3	1			1	20							5	3		2		42
okt	12	5		3			15				1			4		3	4		47
nov	11	6	1	6		1	16				1			2		3	2		49
dec	10	10		5		1	16				1					3	1		47
	108	71	3	45	0	17	178	1	0	1	9	0	8	28	11	21	20		521

Psychiatrisch Ziekenhuis Asster

Doelgroep kinderen en jongeren

Cluster kinderen en jongeren

campus Melveren

psychiaters	Dr. Jan De Corte (beleidsarts kinderen en jongeren)
	Dr. Lieve Kiebooms
	Dr. May Vrijens
	Dr. Ines Basten

Doelgroep jongvolwassenen

Cluster jongvolwassenen

campus Melveren

psychiaters	Dr. May Vrijens
	Dr. Anneleen D'haene (beleidsarts jongvolwassenen)

Doelgroep volwassenen

Cluster psychose

campus Stad

psychiaters	Dr. Iris Boonen
	Dr. Geraldine Einfinger
	Dr. Johan Kusters
	Dr. Koen Hulsmans

Cluster angst-, stemmings-, persoonlijkheidsstoornissen

campus Stad

psychiaters	Dr. Jim Remans
	Dr. Olivier Bollen
	Dr. Koen Hulsmans
	Dr. Sarah Janssens

Cluster afhankelijkheid

campus Stad + campus Melveren

psychiaters	Dr. Emmanuel Maes (beleidsarts volwassenen)	campus Melveren
	Dr. Elke De Heyn	campus Melveren
	Dr. Karina Van Kaam	campus Stad
	Dr. Anneleen D'haene	campus Stad

Cluster seksuele gedragsstoornissen

campus Stad

psychiaters	Dr. Inge Jeandarme
-------------	--------------------

Cluster dubbel diagnose

campus Melveren

psychiaters	Dr. Andy De Witte (beleidsarts dubbel diagnose)
	Dr. Michèle Timmermans

Doelgroep ouderen

Cluster ouderen

campus Melveren

psychiaters	Dr. Vincent Schreurs (beleidsarts ouderen)
	Dr. Louise Brokking
	Dr. An Hulstaert

campus Melveren t 011/78 80 11 (onthaal); campus Stad t 011/78 80 11 (onthaal); info@asster.be

www.asster.be

Reling

Mobiel crisisteam Zuid (2A Zuid)	Dr. Olivier Bollen (011/69 33 80)	ateamzuid@reling.be
Mobiel crisisteam Zuid (2B Zuid)	Dr. Elke De Heyn (011/69 33 70)	bteamzuid@reling.be
Mobiel crisisteam Noord (2A Noord)	Dr. Caroline De Raedt (011/56 96 80)	ateamnoord@reling.be
Mobiel herstelteam Noord (2B Noord)	Dr. Michèle Timmermans (011/56 96 85)	bteamnoord@reling.be
Mobiel herstelteam West (2b West)	Dr. Evelien Oosterop (011 44 74 70)	pztwest@reling.be
Mobiel herstelteam Herkenrode (2B Midden)	Dr. Karina Van Kaam (011 26 25 20)	pztmidden@reling.be

www.reling.be

