

Interessante activiteiten in Brussel



Heb je het moeilijk in je gezin, in je omgeving, met iemand die "anders" met de dingen omgaat? Voel je je hierbij niet goed?

Similes helpt familie, vrienden, buren en al wie zich betrokken voelt bij jongeren en volwassenen met een psychische kwetsbaarheid.

In Kaffee Similes bespreken we samen met andere lotgenoten wat we meemaken.

We luisteren naar elkaar.

We wisselen tips uit en zoeken naar oplossingen en uitwegen.

We bieden elkaar steun en trachten verder te helpen.

We leren over onze zorgen te spreken en ermee om te gaan.

En we zoeken samen naar een antwoord op onze vragen.

Zo staan we er niet alleen voor!

We houden onze ervaringen binnen de groep.

Mich, familie-ervaringsdeskundige, start met een korte inleiding rond het thema van de avond.

We vertrekken van wat er bij de aanwezigen hierrond leeft en laten de deelnemers aan het woord.

In Kaffee Similes houden we het hartverwarmend

...

Want praten doet goed!

Similes geeft concrete informatie en helpt je, waar mogelijk, op weg in de geestelijke gezondheidszorg Brussel én de regio Halle-Vilvoorde. De Familie-ErvaringsDeskundigen van Similes zijn nauw betrokken bij het GGZ - Netwerk in Brussel en in Halle-Vilvoorde (SaVHA?!).

Similes is er voor het contact onder lotgenoten en heeft geen medische functie.

Toegang: gratis. Drinkjes 0,50 - 1€.

Wanneer: Afspraak elke 3e maandag van de maand.

Uur: 19u00 - 21u30

Locatie: Club Norwest Jacques Sermonlaan 93 1090 Jette

Inschrijving: verplicht wegens CORONA op similes.brusselnorwest@gmail.com. Er is maar plaats voor 5 deelnemers zolang de COVID-maatregelen van toepassing zijn.

Begeleiding en info: Mich Jonckheere 0486 349338

Programma:

15 MAART

Taboe doorbreken: hoe je zelf versterken en een positieve rol spelen.

19 APRIL

Crisissituatie: wat doen in Noord Brussel en West Vlaams Brabant?

17 MEI

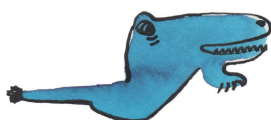
Ontslag en continuïteit van de zorg: garanties bieden voor de familie

21 JUNI

Van financiën beheren naar OCMW, bewindvoering

16 AUGUST

Grenzen stellen vs schuldgevoelens



Elis Lambrecht



CORONA

Oudjes zitten door coronavirus op slot ze worden overgelaten aan hun lot ze denken dat we hen vergeten zijn en beginnen te haten ze voelen zich allemaal verlaten kunnen het hoe en waarom niet begrijpen in deze voor hen harde coronatijden het ergste is dat we niet kunnen ingrijpen het voor hen zachter doen lijken we zitten zelf vast achter onze tv-kast

Was het allemaal maar gedaan konden we weer buitengaan genieten van de stralende zon elkaar aanraken zonder pardon weer leven en liefde geven elkaar de hand reiken niet van elkaars zijde wijken hier zit ik al dagen naar uit te kijken zodat we weer gewone mensen lijken

Isabel Collin



Grensverleggers

Ik keek op naar grensverleggers Mensen die experimenteerden die durfden die het 'gewoon' deden in een schilderij of poëzie in theater of muziek in ideaal of alternatief en hun droom durfden te leven

Ik werd tegengehouden Leerde leven volgens de norm Ik deed wat moest Wat men wou dat ik deed jaloers op grensverleggers die zich met hart en ziel op iets gooien en zo bruggen bouwen en mensen samen te brengen

Ook ik wilde grenzen verleggen Niet één keer Niet twee keer zelfs niet drie keer Maar zo vaak als moest om mezelf te vinden mezelf trouw te zijn en op zoek te gaan naar mijn idealen

Ik ben een grensverlegger Ik experimenteer Ik ga er spelend mee om ook ik heb talent ik leerde leven mezelf vinden Ik kan mensen samen brengen en samen met hen bruggen bouwen

Zoekertjes



Communicatiekanalen OPGG

Het OPGG stelt twee nieuwe communicatiekanalen voor je beschikbaar: een Twitter-pagina en een Facebook-pagina waar je interessante artikelen, vacatures en nieuws over het OPGG en de geestelijke gezondheidszorg kunt vinden. Voel je vrij om je te abonneren op onze Twitter-account en "like" onze Facebook-pagina!

Op Twitter: @PfcsmO

Op Facebook: PfcsmOpgg (niet te verwarren met "Brussellovessantementale", de Facebook-pagina van het initiatief van de Interface-groep van het OPGG).

Hou er rekening mee dat je lid moet zijn van Facebook om toegang te krijgen tot de pagina.

Ter herinnering, onze maandelijkse nieuwsbrief bevat al het nieuws van het OPGG alsook van de sector van de geestelijke gezondheidszorg.

Al deze informatie is ook beschikbaar op onze website.

Je kan je via volgende link inschrijven op de nieuwsbrief: <http://pfcsm-opgg.be/actual>



Cel PsyCovid

De Psy-Covid-cel geeft psychologische ondersteuning en begeleiding aan personen die van nabij of van ver door deze gezondheidscrisis getroffen zijn.

De huidige gezondheidscrisis heeft een enorme impact op de sector van de gezondheidszorg.

Op medisch vlak kan Covid-19 jongeren en minder jonge personen bijzonder hard treffen.

Daarnaast is er de economische en sociale context, en daarbij nog de lockdown, met een psychologische impact op een groot aantal personen.

Wie maakt deel uit van de Psy-Covid-Cel?

De oprichting van de Psy-Covid-cel kwam er om steun en begeleiding te bieden aan personen die het psychologisch moeilijk hebben.

De Psy-Covid-cel is samengesteld uit experts in de traumapsychologie en/of psychologen die Covid-patiënten hebben behandeld.

Tijdens consultaties in het Delta-ziekenhuis ontvangen, luisteren en begeleiden deze mentale zorgverstrekkers (psychologen, traumapsychologen en psychotherapeuten) patiënten met emotionele problemen.

Voor wie?

Voor iedereen die van nabij of van ver door deze pandemie getroffen is: personen die een naaste verloren zijn door Covid-19, personen die zelf een infectie hebben opgelopen,

zorgverstrekkers, personen die door de lockdown moeilijkheden hebben (werkloos, problemen op het werk, telewerk, familiale en koppelp Problemen, isolement, verlies van structuur, financiële moeilijkheden, ...).

Maar eveneens voor elke persoon die zich door de gezondheidscrisis in een van deze situaties bevindt:

- Depressie/depressieve effecten
- Angst
- Toename alcohol-, tabak- en drugsgebruik (verslavingsgedrag)
- Slaapproblemen
- Partner- en/of intrafamiliaal geweld
- Suïcidale neigingen
- Eetstoornis
- Vermijdingsstoornis
- Fobiën
- Teruggetrokken in zichzelf/eenzaamheid
- Ouderlijke burn-out

Contact opnemen

Consultaties psychologie op afspraak
Tel.: 02/434.81.04

Project-coördinatrice

Sarah Katz, psycholoog/traumapsycholoog

Meer info

<https://chirec.be/nl/centra/556000-cellule-psycovid/>

Lijdt uw naaste aan schizofrenie of aanverwante aandoeningen? ?

- Je vraagt je af wat de ziekte van je familielid is
- U zoekt informatie over deze ziekte, het beloop, prognose, behandelingen
- Je voelt je hulpeloos bij de reacties van je naaste
- Je hebt moeite om met hem te communiceren

**Donderdag 3 juni 2021
tussen 18h00 en 20h00**

Verenigingsstraat 15 te 1000 Brussel

Kom en leer over het programma van

ProFamille

18h00 Ontvangst

18h15 Presentatie van de ProFamille module

19h30 Ontmoeting met gezinnen

20h00 Drink

Accueil : Luc Detavernier

Gedelegeerd bestuurder van het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg (OPGG)

Présentations : Stéphanie Lemestré

Internationale coördinator en hoofd van ProFamille België

Gratis evenement

Inschrijving uiterlijk op vrijdag 14 mei 2021 gewenst:

info@pfcsm-opgg.be - 02 289 09 60



Column



Van het hele dierenrijk is de mens de kampioen van de aanpassing. De naakte aap die wij zijn, is erin geslaagd zich aan te passen aan elke omgeving op de planeet en heeft alles overleefd wat de natuur hem tot nu toe in de weg heeft gelegd.

Het kostte ons ongeveer 3 miljoen jaar om het hanteren van de eerste stenen werktuigen onder de knie te krijgen, maar het is amper 10.000 jaar geleden dat we sedentair werden, de landbouw ontdekten en... de bevolkingsgroei op hol sloeg.

Vanaf toen kostte het ons "slechts" 6.000 jaar om voortgevoerd van steen naar metaal over te schakelen. Eerst koper, vervolgens brons en tenslotte ijzer, met alles wat deze ontdekkingen en uitvindingen ons als zegeningen, maar ook als rampspoed hebben gebracht.

Tussen de uitvinding van het schrift en de val van het Romeinse Rijk verstrijken er 3.500 jaar, de Middeleeuwen beslaan er slechts 1.000, gevolgd door de Moderne tijd, die minder dan 300 jaar duurde. Dan volgt de Hedendaagse tijd waarin we ons nog steeds bevinden.

En tijd die zich kenmerkt door talloze veranderingen, transformaties, ontdekkingen en uitvindingen die onze omgeving hebben veranderd. Vooral sinds het einde van de Tweede Wereldoorlog (maar ook al lang daarvoor) is onze manier van leven ingrijpend gewijzigd. En deze veranderingen voltrekken zich, net als de hierboven genoemde tijdperken, in een steeds hoger tempo. Elektriciteit, de "groene revolutie", steeds performanter internationaal vervoer, atoomenergie, de transistor, de overdracht van geluid en gegevens via radiogolven, computers, lasers, röntgenstralen, het internet, genetica, LED's, enz. enz. enz.

Iemand van 50 jaar die vanuit het Victoriaanse tijdperk naar vandaag zou worden gekatapulteerd, zou niets meer herkennen van zijn of haar leven, zeden, overtuigingen en zekerheden.

In de helft van de gemiddelde menselijke levensduur zijn we wat communicatie betreft van geschreven brieven en telegrammen, naar telefoons gegaan, daarna e-mail, gevolgd door



mobiele telefoons (1981), sms (1993), naar alles wat we dankzij 4G (2016) en de aan onze computers en smartphones gekoppelde toepassing kunnen gebruiken: Facebook, Messenger, Discord, Snapchat, Skype, Viber, WhatsApp en sinds kort Signal. Daarbij komt nog het groeiende aantal elektronische betaalmiddelen, enz.

De steeds toenemende snelheid van nieuwe dingen die wij gedwongen worden te leren of mentaal te verwerken, is van die aard dat het steeds moeilijker wordt om bij te blijven, vooral voor degenen die geen twintigers meer zijn. Het is zo dat de technologie het mogelijk maakt om talloze dingen te doen, en dat de mens, gezien zijn natuur, zich gedwongen voelt om al deze dingen ook werkelijk te doen, ook al is het niet altijd in zijn voordeel.

We spraken vroeger, en helaas nog steeds, over analfabeten. Naast deze enorme handicap is er vandaag de dag de "digitale kloof" die koste wat kost overbrugd moet worden.

Vanwaar komt eigenlijk deze verhoogde snelheid in de evolutie van onze technologische samenleving?

Ze lijkt voor een groot deel samen te hangen met de menselijke bevolking. Algemeen wordt geschat dat er sinds het ontstaan van de mensheid 80 tot 106 miljard mensen zijn geboren. 500.000 jaar geleden telde de aarde minder dan 500.000 inwoners. Bij het ontstaan van de landbouw telde de wereldbevolking ongeveer 5 miljoen mensen. In de tijd van het Romeinse Rijk waren er naar schatting 45 miljoen mensen van Spanje tot Klein-Azië. Rond 1650 was dit aantal gestegen tot 500 miljoen, en vervolgens tot meer dan een miljard aan het begin van de 19e eeuw.

Sinds 1800 is het verschijnsel nog uitgesprokener geworden: 2 miljard mensen in 1930 (130 jaar later), en in slechts 13 jaar zijn we van het 5de miljard (1987) naar het 6de miljard (1999) gestegen. Volgens berekeningen worden er in de wereld elke dag 365.000 baby's geboren, of 4,2 baby's per seconde.

Daartegenover staat dat slechts 155.000 mensen sterven, wat een positief saldo geeft van 210.000 nieuwe mensen per dag, het equivalent van de bevolking van Ukkel en Schaarbeek samen elke 24 uur. Nu, op het moment van het neerschrijven van deze zin in het artikel, zijn we met 7.747.332.000 op deze planeet.

En zoals we wel weten, zit er nu eenmaal meer in 7,7 miljard hoofden dan in 5 miljoen. Bovendien beschikken de 7,7 miljard over honderdduizend maal meer middelen om nieuwe ideeën te vinden en door te geven.

Resultaat? Een exponentiële groei van nieuwigheden op alle (on)denkbare en (voorheen) onvoorstelbare domeinen.

Hoe zit het met de mens in dit alles?

De mens heeft gewoon geen tijd meer om zich aan te passen, te volgen, te leren of gewoon een keuze te maken.

Ik voel me helemaal niet meer in balans met de wereld om me heen!

Ik ben er altijd prat op gegaan dat ik op zijn minst de wetenschappelijke of technische

beginselen ken die ten grondslag liggen aan alle apparaten die ik dagelijks gebruik. Dit is nog steeds het geval, maar ik moet toegeven dat het steeds moeilijker wordt.

Over de complexiteit van onze samenleving en de invloed daarvan op onze geestelijke gezondheid.

Steeds meer mensen voelen zich helemaal niet meer vertrouwd met de wereld om hen heen omdat de complexiteit ervan hun petje te boven gaat, omdat zij het niet meer kunnen bijbenen, omdat de waarden die hun van jongs af aan zijn bijgebracht niet veel meer waard zijn, omdat, omdat, omdat ... de redenen zijn legio maar neigen naar het gemeenschappelijk punt dat hierboven is uiteengezet.

Het oude gezegde "waarheid onder de Pyreneeën, dwaling erboven" moet worden herzien: "waarheid gisteren, dwaling vandaag".

En voortdurend gedwongen worden om zich aan te passen aan veranderingen wordt vaak een vorm van mentale of emotionele mishandeling. Altijd maar doorgaan, sneller en sneller, zonder adempauze, zonder echt op adem te kunnen komen, is meer dan slopend, het is uitputtend.

Net als in Orwells Newspeak in 1984 hebben woorden die gisteren iets betekenden ("patiënt" of "poetsvrouw") vandaag niet meer dezelfde betekenis of worden ze niet meer gebruikt omdat ze zijn vervangen door een meer "politiek correcte" versie die is afgezwakt om niemand te storen ("zorggebruiker", "cliënt" of "interieurverzorger"). Nee, "onwetendheid" is geen "kracht".

We hebben een aantal "big brothers" in ons leven uitgenodigd en we laten ons door hen in de gaten houden: Google, Facebook en zoveel anderen weten vaak meer over ons dan onze levenspartners. Privacy, zoals wij die kenden en ons voorstelden, bestaat al lang niet meer. En toch klikken we elke dag op knoppen om cookies te aanvaarden en lopen we achteloos langs een indrukwekkend aantal bewakingscamera's.

"Dubbeldenk" is een andere term bedacht door George Orwell. Het verwijst naar het vermogen van een persoon om twee tegengestelde standpunten tegelijk te aanvaarden en zo elk kritisch denken te laten varen.

Het te goeder trouw verspreiden van zorgvuldig opgebouwde leugens.

Verwerping van moraliteit die we als de onze claimen.

Goed weten dat een politicus gevaarlijk is voor een land en er alles aan doen om hem aan de macht te houden.

Vertrouwen op de GDPR en gebruik maken van een browser die je bespioneert.

Een zeer positieve "duim omhoog" afbeelding gevuld met niet erg zachte Brusselse scheldwoorden.

Een manier om zich te beschermen is een reactionaire houding aan te nemen: orthodoxie of religieus extremisme, xenofobie, homofobie, Ludisme, technofobie en zo meer.

"Het was vroeger beter!"

Wat als het allemaal te ingewikkeld wordt? Wat als de persoon niet meer kan volgen?

Een dipje? Een depressie? Een burn-out? Of de voortzetting van een "eenwoudige" algemeen gevoel van onbehagen dat al heel lang heerst?

Ja, de complexiteit van onze wereld moet wel

een invloed hebben op onze geestelijke gezondheid.

Maar om van daaruit te weten hoe dit effect precies kan worden gekwantificeerd, of het op een of andere manier te benoemen, of te diagnosticeren, is een geheel andere zaak.

Wat dit nummer van Schieve Niouz betreft:

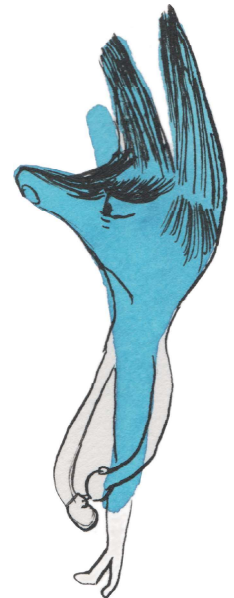
Het centrale thema van ons 4de nummer is "De mobiele teams van Brussel". Zij betekenen een grote verandering in de benadering van de klassieke patiënt/hulpverlener-relatie.

Wij keren terug naar een driemaandelijks verschijningsritme, ondanks de aanhoudende gezondheidscrisis, die alles moeilijker maakt. In 2020 moesten wij overschakelen van een driemaandelijks naar halfjaarlijkse uitgave en vandaag keren wij, in een zeer reactionaire beweging, terug naar een driemaandelijks blad.

Veel leesplezier!

René Bartholemy, voor de redactieraad

(7.747.354.200 mensen op de planeet terwijl ik de laatste zin aan dit artikel schrijf)



Groene revolutie:

De "groene revolutie", die startte in de periode net voor en tot na de Tweede Wereldoorlog, leidde tot een zeer grote toename van de opbrengst van landbouwgewassen. Deze toename is toe te schrijven aan een combinatie van drie factoren: het gebruik van "geselecteerd" zaaigoed dat tot de hoog renderende variëteiten behoort; de toevoer van meststoffen en fytofarmaceutische producten; en een gunstige politieke context voor de marktregulering.

GDPR:

General Data Protection Regulation of "Algemene verordening gegevensbescherming" (AVG) is de referentieverordening voor gegevensbescherming op Europees niveau.

Reactionair:

Die voorstander is van een eng conservatisme of een terugkeer naar een vroegere sociale of politieke toestand. Terugkeer naar de vorige situatie.

Ludisme:

Arbeidersbeweging uit het tijdperk van de industriële revolutie, die zich verzette tegen het toenemende gebruik van machines, om de werkgelegenheid en het welzijn te beschermen.

Centraal thema: Mobiele teams in Brussel



Mobiele teams en hun rol in het zorglandschap in Brussel

In dit korte artikel laten wij u kennismaken met mobiele teams, hun ontstaan maar ook hun specifieke kenmerken in het landschap van de geestelijke gezondheidszorg.

Wat is een mobiel team?

De term "mobiel team" wordt in vele gezondheidszorgcontexten gebruikt. Zo zijn er in de loop der jaren mobiele teams voor palliatieve zorg, geriatrie en psychiatrie ontstaan.

Er zijn er heel wat en hun definitie verschilt sterk naar gelang van de werkfilosofie waaruit zij voortkomen en waaruit zij inspiratie putten. Mobiele psychiatrische teams maken deel uit van de evolutie van de geestelijke gezondheidszorg in de beweging naar "vermaatschappelijking". Het model van ACT-teams (*Assertive Community Treatment*) is in vele landen "gekopieerd" sinds de eerste geschriften van Setine en Test in de jaren tachtig in de Verenigde Staten.

Met mobiele teams wordt het woon- of verblijfplaats een "plaats van interventie", een plaats van zorg die tot doel heeft het leven in de gemeenschap te bevorderen door middel van multidisciplinaire ondersteuning.

Het is belangrijk niet te vergeten dat huisvesting op zichzelf een bepalende factor is voor sociale banden. Vanuit zijn woonplek, kan de persoon een band scheppen met de buurt, en het stelt de persoon ook in staat een plaats te hebben in de samenleving, in een buurt, in een gemeenschap... (Morin, Baillergeau, 2008)¹.

De oorsprong van mobiele teams

Verscheidene opeenvolgende hervormingen in België hebben bijgedragen tot deze vermaatschappelijkingsbeweging: de oprichting van diensten voor geestelijke gezondheidszorg, beschutte woonvormen, psychiatrische zorg aan huis.

In 2009 heeft de Interministeriële conferentie volksgezondheid overeenstemming bereikt over de modaliteiten voor de financiering van zorgnetwerken en -circuits (uitvoering van artikel 107 van de wet op de ziekenhuizen), waardoor de huidige hervorming, onder de naam "Psy 107", vorm krijgt. (Walker et al, 2019)²

De financieringstechniek voor artikel 107 bestaat in een herverdeling van het federale budget voor de psychiatrische bedden van het ziekenhuis ten behoeve van de zorg in de gemeenschap.

De middelen die vrijkomen door bevrozing van bedden worden aangewend ter financiering van een overeenkomstig aantal voltijdsequivalenten dat aan de nieuwe mobiele teams zal worden toegewezen. (Walker et al, 2019).

In 2010 wordt de gids "Naar een betere geestelijke gezondheidszorg" officieel voorgesteld aan de actoren in de sector van de geestelijke gezondheidszorg. Het heeft tot doel dat mensen in hun thuisomgeving kunnen blijven en zo hun eigen sociale weefsel/contacten



kunnen behouden, door therapeutische zorgnetwerken in te voeren die afgestemd zijn op individuele noden (Gids, 2010, p.8). Dit nieuwe model van zorg is toegespitst op desinstitutionalisering, inclusie (gedefinieerd als "revalidatie en rehabilitatieopdrachten waarbij samenwerking met onderwijs, cultuur, arbeid, sociale huisvesting, ... noodzakelijk is", *decategorialisatie, intensifiëring van de zorg binnen de ziekenhuizen, en tenslotte consolidatie met de regularisatie van de verschillende pilootprojecten*). (Gids, 2010, p.8 3).

De psy 107-reorganisatie van de sector van de geestelijke gezondheidszorg is gebaseerd op de organisatie van een zorgaanbod in "netwerken", zonder dat de niveaus van de netwerken duidelijk zijn afgebakend. Er wordt gespecificeerd dat gestreefd wordt naar samenwerking van structuren en voorzieningen in het veld, die derhalve hun eigen gemeenschappelijke doelstellingen en acties zullen bepalen. Dit om de kwaliteit en de continuïteit van de zorg te verbeteren op basis van een geïndividualiseerd programma. Dit netwerk moet zorgen voor vijf zorgfuncties, die hieronder worden weergegeven (Gids, 2010). Het is binnen het kader van functie 2, "ambulante intensieve behandelteams", dat het onderwerp van dit artikel valt. (Gids, 2010, p.10).

Aan deze vijf functies wordt een participatieve benadering toegevoegd door het betrekken van gebruikers en naasten. Er zijn specifieke middelen uitgetrokken om de gebruikers van geestelijke gezondheidsdiensten en hun naasten in hun opdracht te ondersteunen. (Jacob et al, 2016, p.7394).

De mobiele teams van functie 2 zijn dus uit

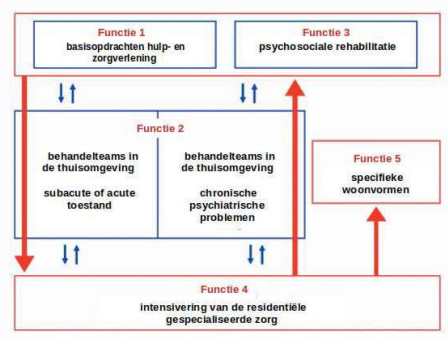
Voorstelling van de 5 functies. (Gids, 2010, p11)

De eerste functie: activiteiten inzake preventie, promotie van de ggz, vroegdetectie, screening en diagnosestelling.

De tweede functie: ambulante intensieve behandelteams voor zowel acute als chronische psychische problemen.

De derde functie: revalidatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie.

De vierde functie: intensieve residentiële behandelunits voor zowel acute als chronische psychische problemen wanneer een opname noodzakelijk is.



De vijfde functie: specifieke woonvormen waarin zorg kan worden aangeboden indien het thuismilieu of het thuisvervangend milieu hiertoe niet in staat is.

deze hervorming voortgekomen.

Wat biedt een mobiel team?

Een mobiel team biedt dus aan de beweging te maken "naar de persoon toe". Het zal vooral een ontmoeting voorstellen, de tijd nemen om een voldoende hechte band te scheppen om de persoon in zijn projecten te kunnen begeleiden, om hem in staat te stellen hulpbronnen te vinden en een evenwicht in zijn dagelijks leven te vinden. Indien nodig zal het de betrokkene helpen een persoonlijk netwerk van naasten en professionals uit te bouwen of te consolideren.

Mobiele teams en hun functie 2a en 2b

Overeenkomstig de hervorming zijn de mobiele teams voor volwassenen onderverdeeld in mobiele 2a-teams, bekend als "mobiele crisisteams", en mobiele 2b-teams, bekend als "mobiele teams voor langdurige zorg". Deze twee teams zijn multidisciplinair en interveniëren door zich te verplaatsen naar de persoon in nood en zijn of haar omgeving.

Het belangrijkste verschil tussen deze twee teams is het levens-/zorgmoment waarop de persoon wordt begeleid.

Zo wordt een mobiel 2a-team ingezet wanneer de betrokkene in crisis verkeert. Een crisis kan worden omschreven als "een relatief korte periode van psychische disbalans bij een persoon die wordt geconfronteerd met een gevaarlijke gebeurtenis die een belangrijk probleem voor hem betekent, en waaraan hij niet kan ontkomen of die hij niet kan oplossen met zijn gebruikelijke middelen en probleemoplossend vermogen" (Caplan, 1964)³. Het 2a-team reageert dus binnen korte tijd (ongeveer 24 uur) en biedt een interventie van 6 tot 8 weken aan.

Het mobiele 2b-team zal binnen een langer tijdsbestek werken; de begeleidingstijd wordt gedefinieerd als "zo kort als mogelijk en zo lang als nodig", wat zich in de praktijk vertaalt in een begeleiding over een periode van maanden of zelfs jaren.

Maar al te vaak is de periode die voorafgaat aan een eerste ontmoeting met het 2b-team langer vanwege de beperkte middelen waarover deze teams momenteel beschikken.

In het algemeen zijn de mobiele teams van Brussel bedoeld als alternatief voor hospitalisatie en als laagdrempelige begeleiding waarvan de duur en de intensiteit worden aangepast aan de wensen van de persoon in

kwestie.

De verschillende "107"-netwerken die het Belgische grondgebied bestrijken, hebben zich op verschillende manieren georganiseerd.

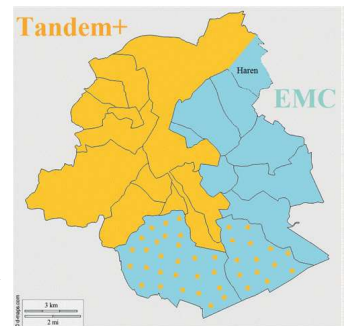
Het Brusselse landschap

Het is van belang erop te wijzen dat het "mobiele aanbod" niet alleen wordt ingevuld door mobiele teams, maar ook door andere instanties zoals de psychiatrische thuiszorg, sommige diensten en centra voor geestelijke gezondheidszorg of andere structuren die, naar gelang van hun middelen, de mensen op hun woonplaats zullen kunnen ontmoeten.

In Brussel bestaat het aanbod van mobiele teams uit:

Twee mobiele crisisteams (2a) :

- Het mobiele team EMC (Tel. 0490 114 200) dat tussenkomt in het oosten van Brussel.
- Het mobiele team TANDEMplus (Tel. 02 201 22 00) dat tussenkomt in de andere gemeenten.



Voetnoten:

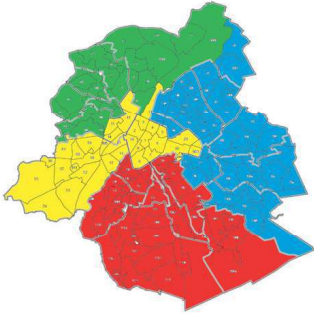
1: MORIN P, BAILLERGEAU E. (2008). L'habitation comme vecteur de lien social : Collection Problèmes sociaux et interventions sociales , Presse de l'université du Québec.

2: WALKER C, NICAISE P, THUNUS S. (2019). Parcours Bruxelles: Evaluation qualitative du système de la santé mentale et des parcours des usagers dans le cadre de la réforme Psy 107 en région de Bruxelles-Capitale. Bruxelles : Observatoire de la Santé et du Social.

3: GIDS (2010). (Gids 2010). Naar een betere ggz door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken. Brussel https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/interministeriële_conferentie_volksgezondheid/2010_04_26_guide_-_b_xl.pdf

4 JACOB B, MACQUET D, NATALIS S. (2016). La réforme des soins en santé mentale en Belgique : exposé d'un modèle. L'information psychiatrique, volume 92(9), 731-745. Doi :10.1684/ipe.2016.1550

5: CAPLAN G. (1964). Principles of Preventive Psychiatry. Basic Books, New York, 26-55.

**En vier mobiele 2b-teams:**

- Het Mobiel team TELA [BLAUW] (Tel. 0490 117 000), actief sinds 2011 in Brussel-Oost (Oudergem, Etterbeek, Sint-Lambrechts-Woluwe, Sint-Pieters-Woluwe, Schaarbeek, Sint-Joost, Evere en Haren).
- Het mobiel team Tractor [ROOD] (Tel. 02 502 01 03) dat tussenkomt in de gemeentes Ukkel, Vorst, Watermaal-Bosvoorde, Elsene, Sint-Gillis, Louizalaan (deel van 1000 Brussel)

Waarvan twee recentere teams:

- Mobiwest [GROEN] (Tel. 02 478 49 55 – 0476 72 75 89) dat tussenkomt in de gemeentes Sint-Agatha-Berchem, Jette, Koekelberg, Ganshoren, Laken, Neder-Over-Heembeek, West-Molenbeek (in de wijken Machtens, Karreveld, Frans hospitaal)
- Moveo plus [GEEL] (Tel. 02 201 22 00) dat tussenkomt in de wijken van Anderlecht, Brussels vijfhoek, de noordwijk, de Europese wijk, de Squares en Oost-Molenbeek (historische wijk, Maritieme wijk, Hertogin, Weststation)

Naast deze mobiele teams zijn er nog andere mobiele teams die zich richten op een specifiek doelpubliek, die u in de volgende artikels zullen ontdekken.

Centraal thema: MT Combo

**Laagdrempelig :**

Toegankelijk voor iedereen, ongeacht sociale status, economische situatie of het behoren tot een groep.

Substitutie therapieën :

Behandelingen met geneesmiddelen die de effecten van bepaalde stoffen op de hersenen nabootsen, waardoor ontwenning wordt voorkomen en meer medische controle over de verslaving mogelijk wordt.

Opiaten :

Opiumderivaten, zoals heroïne of Tramadol.

BPV :

Brussel Preventie en Veiligheid

In maart 2020 gaat België in lockdown. Om de contacten zoveel mogelijk te beperken, sluiten vele medische centra hun deuren of beperken zij hun activiteiten, waaronder ook de laagdrempelige centra, die gebruikers van (legale of illegale) middelen opvangen. Het bevroren van de activiteiten van degenen die op het terrein werkzaam zijn, leidt tot het verloren gaan van de opgebouwde band tussen zorgverleners en de drugsverslaafde bevolking in Brussel. De patiënten zijn opgesloten in hun huizen, verblijven in hotels, de Samusocial of op straat.

Deze situatie is niet alleen angstwekkend, maar houdt ook een extra gezondheidsrisico in voor al diegenen die hun verzorging, hun chronische behandelingen, hun psychosociale steun, enz. niet meer kunnen verderzetten. Bovendien is het zorgnetwerk snel verzadigd door een groot aantal nieuwe patiënten die gebruiken en die



vragen om te worden opgevolgd in de verschillende centra die nog in staat zijn hen op te vangen.

Naar aanleiding van deze vaststellingen hebben vier vzw's, MASS, Réseau Hépatite C, Projet Lama en Transit hun krachten gebundeld om een nieuw zorgaanbod te creëren, aangepast aan de huidige realiteit van hun doelgroep. Gefinancierd door GGC, COCOF en BPV, hebben zij "Combo" opgericht, een mobiel team van artsen, psychologen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en straathoekwerkers, dat zich ontfermt over druggebruikers die in Brussel in collectieve voorzieningen verblijven. Hun opdracht? (Her)creëren en versterken van de band tussen hun doelgroep en een zorgcircuit.

Aangezien de toegang tot de zorg moeilijker is geworden, besluit het team zich te verplaatsen om zijn doelgroep te bereiken. Het is dan door middel van permanenties of afspraak bij Samusocial en in ambulante centra dat de medewerkers van Combo trachten de band te herstellen. Op die manier ontmoeten ze het publiek dat zij kennen, maar stoten ze ook op een groot aantal gebruikers die weinig bekend zijn bij het zorgnetwerk in Brussel. Voor iedereen die bij Combo terecht komt, is het een kans om gebruik te maken van multidisciplinaire ondersteuning voordat de persoon wordt gekoppeld aan een zorgvoorziening, zoals een medisch centrum, een medisch huis, een dienst voor geestelijke gezondheidszorg, enz.

In afwachting van de doorverwijzing van een gebruiker, biedt het team verschillende diensten aan, die zijn onderverdeeld in vier contactpunten: een medische, een

psychologische een sociale en een contactpunt voor de "inwisseling van gebruiksmateriaal". Zo biedt Combo medische ondersteuning aan verslaafden - indien nodig - door opiaatsubstitutie therapieën of benzodiazepinen onder toezicht voor te schrijven. Het team biedt ook TROD's (Diagnostic Oriented Rapid Tests) aan die HIV of hepatitis C in minder dan tien minuten kunnen opsporen. Er worden ook gezamenlijke activiteiten gepland, hetzij om gezondheidsrisico's in verband met drugsgebruik te voorkomen, hetzij om het thema verslaving bespreekbaar te maken. De psychologische begeleiding kan gebeuren met de patiënt alleen, maar ook samen met de familie. Wat de sociale ondersteuning betreft, gaat het regelmatig om procedures in verband met huisvesting, verzekeraarbaarheid, contacten met het OCMW, enz. Het contactpunt voor de "inwisseling van gebruiksmateriaal" omvat de distributie van steriel gebruiksmateriaal en de recuperatie van gebruikt materiaal, om zo het risico van infectie of besmetting te beperken. De functie van al deze contactpunten is het verminderen van de risico's, in de ruimste zin van het woord, die verbonden zijn aan middelengebruik.

Het doel van de door Combo verleende zorg is dan wel heroriëntatie, maar dit betekent daarom niet dat de band tussen het team en de geheroriënteerde gebruikers volledig en definitief verloren gaat.

Aangezien het doel van de begeleiding is de patiënt in het netwerk te heroriënteren, duurt het zorgtraject bij Combo zo lang als nodig - voor de stabilisatie van de patiënt - en zo kort als mogelijk. Een belangrijk aandachtspunt is dan ook de kwaliteit van de overdracht van een begeleiding door Combo naar een ambulante zorgcentrum. De medewerkers hebben daarom een breed zicht op het Brusselse netwerk voor drugsverslaafden en werken er intensief mee samen, om een publiek te bereiken dat te vaak van de zorg wordt uitgesloten. De heroriëntering is ook een gelegenheid om een heel netwerk bewust te maken van de zorg voor mensen die middelen gebruiken en om deze bevolkingsgroep te destigmatiseren.

Coralie De Bock

Wenst u Combo te contacteren?
info@combo.brussels of www.combo.brussels

OURS / COLOFON



Sibille, Sylvie, Nadège Schönrock, Thomas, Eloïse Vanzurpele.

Traduction/Vertaling: Nadia Mahjoub

Relecture/Verbetering: René Bartholemy, Nadia Mahjoub, Marc Villain.

Infographie et mise en page/Infografie en layout: René Bartholemy

Photos en page 10/Foto's op pagina 10: avec l'aimable autorisation de/met dank aan Marin Driguez

Dessins de petits personnages/Tekeningen van kleine personages:

Un très grand merci aux patients et à l'équipe de l'atelier d'art graphique du Centre d'Activités Thérapeutiques de la Clinique de Fond'Roy (Epsylon asbl).

Heel erg bedankt aan de patiënten en het team van de workshop grafische kunst van het CTA van Fond'Roy (vzw Epsylon).

Contact & info: info@schieveniouz.brussels - <http://www.schieveniouz.brussels>

Nous avons vraiment besoin de votre opinion sur notre journal! Faites nous donc savoir ce que vous en pensez, désirez, etc.

We hebben uw mening over onze krant broodnodig! Laat ons dus a.u.b. weten wat je er van denkt, verwacht, etc.

C e Schieve Niouz n'est pas arrivé dans vos mains par hasard. Voici toutes les personnes qui ont participé à son élaboration:

D eze Schieve Niouz is niet van zelf ontstaan. Hier is de lijst van allen die er aan meegewerkt hebben:

Éditeur responsable/Verantwoordelijke uitgever:

Stéfan Van Muylem (Plate-forme de Concertation pour la Santé Mentale en Région de Bruxelles-Capitale) Rue de l'Association 15 1000 Bruxelles

Dépôt légal/Wettelijk depot: 03 2021

JSSN: 2684-4206

Comité de rédaction/Redactie Comité:

René Bartholemy, Sophie Céphale, Luc Detavernier, Olivier De Gand, Hassane Moussa, Valérie Müller-Kurz.

Coordinateur de rédaction/Redactie coordinator: René Bartholemy

Rédaction/Redactie:

Eleni Alevanti, René Bartholemy, Izabel Collin, Anne-Sophie De Macq, Luc Detavernier, Sophie Dumont, Fabienne Ellenbecker, Jeanne, P.Y. Jortay, Els Lambrecht, Lula, Dr. Charles Antoins

Centraal thema: MT Precariteit

Het mobiele team 107 - Precariteit is operationeel sinds 1 januari 2017.

Het streeft ernaar de mensen waarmee het in aanraking komt een ethisch, alomvattend, rechtvaardig en gepersonaliseerd aanbod van geestelijke gezondheidszorg te bieden op een niet-oordelende en respectvolle manier.

Verschillende mobiele teams maken deel uit van de 107-hervorming in de geestelijke gezondheidszorg.

De specificiteit van het mobiele team 107 - Precariteit hangt vooral samen met de doelgroep voor wie een ondersteuningsaanbod "op maat" en een alternatief voor het bestaande aanbod noodzakelijk zijn.

Er zijn verschillende inclusiecriteria voor het team, onder meer dat de persoon meerderjarig is en in het geografisch gebied van de 19 Brusselse gemeenten verblijft. Het team komt tussenbeide bij mensen in de meest kwetsbare omstandigheden, die dakloos zijn of slecht gehuisvest (op straat, in noodopvangcentra maar ook in kraakpanden of die een zwerfend bestaan leiden) en die bovendien lijden onder of moeilijkheden ertonen die verband houden met een bepaald psychisch functioneren. Bovendien lopen deze mensen een groot risico te worden gehospitaliseerd, vaak onder dwang, hebben ze dikwijls een voorgeschiedenis van psychiatrische zorg, zijn daarom wantrouwig, "moeilijk te bereiken", hebben geen hulpvraag of althans geen expliciete hulpvraag. Vaak is er sprake van het ontbreken of een uitgesproken gebrek aan steunbronnen binnen het persoonlijk, informeel of professioneel netwerk, of van uitputting, zo niet het volledig verdwijnen van het bestaande ondersteuningssysteem dat er eerst was.

Het team zal in eerste instantie in verbinding trachten te treden met de betrokkene, zich af te stemmen op zijn levensverhaal en een aanwezigheid te bieden die beantwoordt aan zijn behoeften, wensen en rechten, met de flexibiliteit en creativiteit die mogelijk zijn dankzij het mobiele aspect. Het gaat erom een ruimte te bieden waar de persoon op verhaal kan komen, zijn traject en zijn moeilijkheden kan delen en zijn hulpbronnen kan inbrengen; dit ligt aan de basis van de opbouw van een vertrouwens- en uitwisselingsrelatie, hetgeen de rode draad vormt en de persoon in staat stelt de centrale plaats in de begeleiding in te nemen.

Bovendien werkt het team samen met het netwerk van professionals die werkzaam zijn op vlak van extreme bestaansonzekerheid en dakloosheid, met het Brusselse ambulante netwerk van verenigingen, maar ook met ziekenhuizen, opvangcentra en elke bezorgde burger. Door middel van een aan de persoon aangepaste begeleiding tracht het team de continuïteit van de geboden hulp te garanderen en hem te ondersteunen in de uitoefening van zijn rechten teneinde hem (opnieuw) de regie te geven over de beslissingen die hem betreffen,

Het mobiele team maakt deel uit van de F2b-functie in de huidige hervorming van de geestelijke gezondheidszorg (Project 107). De

werking wordt regelmatig op de proef gesteld doordat het straatwerk dikwijls door gebeurtenissen en crisissen wordt bepaald en dat de interventiemogelijkheden beperkt zijn.

Voor zover mogelijk blijft de hoofddopdracht de deïnstitutionalisering van personen met een psychiatrisch parcours, de toepassing van alternatieven voor opname in een ziekenhuis of de verkorting van de opnameduur (wanneer opname niet kan worden vermeden) om op lange termijn andere mogelijkheden toe te laten.

Het team merkt op dat de mensen die het ontmoet vaak opnames gekend hebben in de ziekenhuis - vrijwillig of onder dwang - of werken opgevolgd in "klassieke" ambulante geestelijke gezondheidsstructuren. De bekende term "draaidierpatiënt" wordt bijzonder goed geïllustreerd door dit komen en gaan tussen de straat en de zorg- of opvangstructuren. Hier is de continuïteit van de relatie, van de steun en het vertrouwen cruciaal, die het mogelijk maakt samen te bouwen aan een duurzamere toekomst of - als dat niet mogelijk is - te zorgen voor aanwezigheid in geval van tegenslag. Het team grijpt dus alles aan wat kan bijdragen aan de co-constructie van "zorg" voor deze persoon. Mobiliteit en flexibiliteit, creativiteit en kosteloze hulpverlening zijn hierbij praktische werkinstrumenten en essentiële pijlers.

Het team, dat zelf mobiel is, komt in contact met mensen die ook onderweg zijn, en probeert zo een aanwezigheid te bieden die rekening houdt met de persoon als belangrijkste subject van zijn of haar levensreis, van zijn of haar geschiedenis. De verschillende hulpverleners komen elk met hun kennis en hun ervaringen om een dialogisch proces met de persoon aan te gaan. Dit in de hoop dat dit proces andere mogelijkheden zal scheppen, al gaat het soms om slechts vluchtige momenten.

Hoewel het lijden van de persoon een belangrijk referentiepunt kan zijn in het begeleidingswerk, gaat het team verder dan dat. Op basis van een sociaal model van geestelijke gezondheid is de stigmatiserende kijk van de maatschappij op de begeleide persoon een sleutelement, dat van invloed is op zowel het aanhoudend engagement als de houding waarmee het team de doelgroep tegemoet treedt. Het idee is om de kwetsbaarheid, de breekbaarheid en het lijden van de persoon, en bijgevolg zijn of haar moeilijkheden om toegang te krijgen tot hulp, te contextualiseren en dus rekening te houden met de sociale determinanten van gezondheid.

Eleni Alevanti



Centraal thema: MIC Maya



Maya: Op het raakvlak van sectoren, zorg voor iedereen?

Context van de oprichting van de M.I.C.'s

Mobile Interventiecel (M.I.C.) is de naam die gegeven wordt aan de mobiele teams die personen begeleiden met een diagnose van een verstandelijke beperking en daarmee gepaard gaande psychiatrische stoornissen, met andere woorden, een dubbele diagnose.

Deze eenheden vormen een aanvulling op de projecten voor de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg (bekend als "107") om mobiele ondersteuning voor deze mensen te verzekeren. De MIC's werden eerst in Wallonië opgericht, omwille van de verontrustende vaststelling, die nog steeds geldt, dat te weinig gespecialiseerde voorzieningen hen een plek en onderdak kunnen bieden.

Deze mensen bevinden zich inderdaad op het kruispunt van twee sectoren: handicap en geestelijke gezondheid. De structuren en diensten op elk van deze gebieden voelen zich onvoldoende uitgerust om voor hen te zorgen. MIC's worden dus opgericht op het kruispunt van deze institutionele landschappen met als hoofddoel "de uitsluiting van personen met een handicap omwille van hun gedrag op te heffen of op zijn minst te verminderen".

Maya is een MIC die werd opgericht in 2013 en die het Brussels Hoofdstedelijk Gewest bestrijkt. Dit proefproject is een initiatief van de FOD Volksgezondheid, nu gesubsidieerd door de GGC.

Mobiele begeleiding

Gelet op het bovenstaande is het aan de MIC een "laagdrempelige" opvang, d.w.z. zonder uitsluitingscriteria, te bieden aan de betrokken personen die ouder zijn dan 16 jaar. In deze logica wordt zo nodig beroep gedaan op een tolk. Het team bestaat uit een tental psychosociale hulpverleners en een psychiater. Het hoofddoel is de situatie van de gevolgd personen te verlichten door rechtstreeks bij hen tussen te komen of hun familie en vrienden te ondersteunen. Daartoe tracht het team met name de toegang tot de zorg en de integratie in het netwerk te bevorderen. Elke nieuwe aanvraag, ook al is zij broos of in ontwikkeling, kan door de betrokkene of door een derde aan de MIC worden voorgelegd, indien de persoon daar zelf niet toe in staat is. Wanneer de aanvraag niet overeenstemt met haar opdracht, zal de MIC de aanvraag doorverwijzen naar meer geschikte diensten en ervoor zorgen dat deze diensten de aanvraag kunnen inwilligen.

De begeleiding van de persoon begint met het opbouwen van een band. Daartoe gaat de MIC, dankzij haar mobiele karakter, naar de persoon toe, altijd met twee: thuis, in het ziekenhuis, in een café, bij de familie, in een zorginstelling... Deze ontmoeting kan op verschillende manieren plaatsvinden (telefoon, wandelingen, spelletjes, enz.). Zodra een klimaat van vertrouwen is geschapen, werkt de MIC met de persoon samen om oplossingen of regelingen uit te werken die zullen helpen de situatie te stabiliseren.

De werkmodes van de MIC bestaan meer bepaald uit:

- de uitbouw van een netwerk (medisch, sociaal...) dat de persoon in zijn moeilijkheden kan bijstaan;
 - de samenwerking met dit netwerk met instemming van de betrokkene, met name om het discours en acties met betrekking tot de persoon op elkaar af te stemmen;
 - steun voor de entourage en professionals die moeilijkheden ondervinden in de omgang met de persoon.
- De MIC begeleidt crisissen maar komt niet tussen in noodsituaties. Wanneer deze zich tijdens de opvolging voordoen, kan de MIC een ziekenhuisopname ondersteunen indien dit noodzakelijk blijkt.

Gezien de diversiteit van de situaties tracht de MIC zich aan te passen aan de specifieke situatie door ondersteuning op maat en in teamverband aan te bieden. Het verzekeren van de continuïteit van de band is een van de belangrijkste taken van de MIC. De MIC wil als rode draad in het leven van een persoon fungeren en kan een schakel vormen tussen de verschillende periodes, plaatsen en belangrijke relaties van de persoon. Op die manier tracht de MIC breuken in het levenstraject van de persoon te vermijden.

Zo helpt de MIC mensen die door gedragsproblemen niet in een instelling terecht kunnen, die moeilijk een aanvraag kunnen formuleren, die hun huis niet durven te verlaten, die ernstige problemen in hun gezin ondervinden, die bij gebrek aan een oplossing in het ziekenhuis verblijven...

Maya's andere opdrachten

In 2016 werden, na een projectoproep, het team en zijn opdrachten uitgebreid. Twee daarvan zijn bestemd voor professionals en hebben als doel de link te leggen tussen de gehandicaptensector en de sector van de geestelijke gezondheidszorg:

- Het Papillon-project biedt professionele onderdompelingen aan, die de uitwisseling van praktijken tussen voorzieningen uit verschillende sectoren mogelijk maken. Het stelt werknemers in staat een paar dagen op de werkvloer van een andere voorziening door te brengen. Dit project maakt deel uit van een optiek van permanente vorming en bevordert uitwisselingen tussen verschillende actoren in de gehandicaptensector en de sector van de geestelijke gezondheidszorg.
- Het Libellule-project heeft tot doel professionals bewust te maken van de zorg voor patiënten met een zogenaamde dubbele diagnose. Het is bedoeld voor teams die te maken krijgen met vragen rond hun begeleidingen. De MIC organiseert ontmoetingen met hen om verschillende thema's te bespreken waar ze vragen rond hebben en hen aanknopingspunten te bieden om een reeks situaties anders te bekijken.

Interview: MT Dionysos

We hebben Fabienne Ellenbecker van Dionysos geïnterviewd

Interview door René Bartholemey

RB: Wat is Dionysos eigenlijk en wat is jullie doelgroep?

FE: Dionysos is een mobiel team dat zich tot doel stelt kwetsbare ouderen te ondersteunen bij hun levensproject in de ruimste zin van het woord. Deze kwetsbaarheid kan verschillende oorzaken hebben. Meestal bestaat dit levensproject erin thuis te willen blijven wonen, maar omze te tussenkomst gaat verder dan dat. Het gaat om steun te verlenen aan de persoon die wordt geholpen, maar ook aan zijn of haar ondersteuningsnetwerk. Dit kan een professioneel netwerk zijn, een persoonlijk netwerk (*familie*) of beide. Ons belangrijkste werktuig bestaat erin de leden van het netwerk samen te brengen met de oudere om hem of haar te steunen en samen na te denken over het levensproject dat hij of zij voor zichzelf heeft.

We zijn een mobiel, multidisciplinair team, en we werken in duo's. Het team bestaat uit een maatschappelijk werker, 4 psychologen, 1 neuropsycholoog, 1 ergotherapeut, 1 verpleegkundige. Wij staan onder de medische leiding van Dr Jean-Pierre Ermans, psychiater en psychoanalyticus. Wij kunnen ook rekenen op de hulp en de steun van een huisarts, Dr. Michel Vanhalewyn, die ons informatie geeft over medische aangelegenheden.

Onze doelgroep zijn mensen ouder dan 60 jaar met een geriatrisch profiel, die specifieke moeilijkheden ondervinden in verband met hun gevorderde leeftijd. We hebben het over "patiënten". Dit houdt waarschijnlijk historisch gezien verband met het feit dat wij voor het eerst werden gefinancierd door het RIZIV-protocol 3 en dat wij werken binnen de dienst voor geestelijke gezondheidszorg "*Rivage - Den Zaet*".

RB: Kan je iets zeggen over de ontstaansgeschiedenis? Hoe en waarom werd een dergelijk project opgestart?

FE: Het project is opgezet door Dr. Jean-Pierre Ermans, directeur van de dienst voor geestelijke gezondheidszorg "*Rivage - Den Zaet*". Hij interesseerde zich voor de thematiek van ondersteuning van ouderen. De dienst bestaat sinds 2008; toen ging het project in op de depressieproblematiek bij ouderen, waarna in 2009 een compleet team werd aangeworven rond dezelfde klinische praktijk als waar we vandaag nog rond werken.

Destijds reageerden wij op een oproep tot het indienen van projecten voor het protocol 3 van het RIZIV, waarin een alternatief werd voorgesteld voor het openen van nieuwe bedden in rust- en verzorgingstehuizen. Het RIZIV opende een oproep tot het indienen van projecten voor vernieuwende initiatieven met thuiswonende ouderen. Vandaag wordt

Dionysos gefinancierd door Iriscare en dit sinds juni 2019.

RB: Wie doet er normaal gezien beroep op Dionysos?

FE: Iedereen die zich zorgen maakt

over een kwetsbare oudere. Soms is dat de persoon zelf, maar dat is vrij uitzonderlijk. Meestal gaat het om het professionele netwerk, of het nu een arts is, een thuiszorgdienst, een bewindvoerder, een familielid of buurman die zich zorgen maakt over een oudere persoon die kwetsbaar wordt en voor wie de situatie moeilijk wordt. Het is vaak tijdens een crisismoment dat het netwerk dat al verschillende dingen heeft geprobeerd het uiteindelijk niet meer aankan; hetzij omdat de situatie zijn grenzen heeft bereikt op het vlak van autonomie thuis; hetzij door complexe effecten zoals een dementieproblematiek die verwarring schept in het netwerk. Het is in ieder geval vaak op een crisismoment. Soms neemt, na een ziekenhuisopname, het ziekenhuis contact met ons op voor de begeleiding van een terugkeer naar huis of gaat het om een persoon die meerdere malen achtereen in het ziekenhuis is opgenomen en waarbij het telkens fout loopt eens hij weer thuis is.

RB: Hoe ziet u de toekomst van Dionysos, gezien de huidige tijden?

FE: Het is een project waar we op onze dienst allen sterk in geloven. Ik denk dat we ons in een periode bevinden waarin we hebben gemerkt hoe belangrijk het is kwetsbare ouderen te steunen, of zij zich nu in woonzorgcentra of thuis bevinden. Ons team heeft laten zien welke vaardigheden het kan inzetten om ouderen en hun netwerk te ondersteunen. Wij geloven sterk in de duurzaamheid van ons werk.

Wij worden vandaag gesubsidieerd door IRISCARE. We zijn nog niet helemaal een "gevestigde" dienst, maar zijn zeer positief gestemd op dit punt.

RB: Heeft de pandemie een impact op jullie werk?

FE: Dit heeft zeker een invloed, net als bij iedereen. We moeten nog meer zorg dragen voor de mensen waar we voor werken. Het is zeker zo dat we onze manier van werken hebben aangepast om ons te focussen op ondersteuning, zonder het risico te lopen de persoon voor wie wij zorgen te besmetten. Maar dit geldt tenslotte voor alle zorgverleners.

RB: Denkt u dat de grootte van uw team volstaat om heel Brussel te bestrijken?

FE: Eigenlijk niet! Maar we werven nog steeds werknemers aan...

Het gaat ook in golven: er zijn drukker momenten en momenten waarop er minder aanvragen zijn, afhankelijk van de tijd van het jaar, enz.

RB: Ik heb zelf eens een beroep gedaan op uw team om een kennis te helpen. Ik was eerbijstend door de snelle verandering die ik in deze persoon zag na twee of drie bezoeken. Wat beschouwt u als een "geslaagde" interventie en als het tegendeel ervan, voor zover men in deze bewoordingen in een menselijke context kan spreken?

FE: Ik wilde de vraag naar u terugspelen in verband met de situatie waarover u sprak, deze persoon die u kent: Wat is u opgevallen wat hem



betreft? Afgezien van het feit dat de dingen voor deze persoon veranderden, wat heeft u opgemerkt in onze werkwijze, in onze aanpak?

RB: Deze persoon was eerlijk gezegd in een diepe put geraakt (het woord "*depressie*" is misschien een beetje overdreven). Hij had me gecontacteerd om getuige te zijn bij zijn niet-reanimeren- en euthanasieverklaring. Ik voelde me een beetje ongemakkelijk bij dit verzoek, ook al begreep ik het waarom ervan. Ik kon zien dat hij net gestopt was met werken toen hij 83 jaar oud was, net zijn wederhelft verloren had, alleen was, lichamelijke problemen had en dat er eigenlijk niets goed ging...

Dus belde ik Dionysos, liet een boodschap achter op het antwoordapparaat en werd vrij snel weer gecontacteerd. Ik legde de zaak uit, het team vroeg de persoon in kwestie eerst of hij bereid was hen te ontvangen. Het team bezocht hem thuis en onmiddellijk werd contact opgenomen met zijn entourage, zijn familie. Er werd besproken wat de entourage als geheel meer of beter kon doen om hem te helpen en op welke wijze. Er kwam vrij snel een dialoog op gang en eigenlijk zag ik hem weer tot leven komen. Echt, ik overdrijf niet, bij de derde ontmoeting keken we elkaar allemaal aan en zeiden we tegen elkaar "*Dit is niet meer dezelfde persoon*".

FE: Wat je zegt is dat het iets heeft losgemaakt, zowel bij je vriend als bij zijn entourage. En ik denk dat het werkelijk daarom gaat: voor mij is ons werk vooral een professioneel en empathisch luisteren naar wat er gezegd wordt en naar de crisis die doorgemaakt wordt. In de eerste plaats jens de aanvrager, want die persoon heeft te lijden onder een situatie die hem of haar aangaat. Het is voor ons van essentieel belang te begrijpen waarom de persoon bij ons aanklopt, wat hij ons vraagt, ook wat hij ons niet vraagt, wat tussen de regels door te lezen is bij de moeilijkheden, en om de persoon reeds iets te kunnen bieden op het ogenblik dat hij een beroep op ons doet. Samen nadenken over wat hem tot bij ons brengt, herwaarderen ook van wat de persoon doet. Ik denk met name aan de situaties van betrokkenen die in moeilijkheden verkeren en die contact met ons opnemen. Het is nuttig hen iets terug te geven van wat zij de oudere al brengen. Luisteren is echt superbelangrijk in ons werk en het herbekijken van de situatie vanuit verschillende gezichtspunten.

Zodra wij de aanvraag ontvangen, zullen wij de patiënt inderdaad samen met de aanvrager ontmoeten. Er gaat er dan om verbinding te maken met de oudere, het vertrouwen te winnen, omdat wij altijd zijn of haar instemming nodig hebben om verder te gaan en omdat wij zijn of haar probleem wensen te begrijpen. Het is heel belangrijk om je in de persoon te verplaatsen, om ook in het kader van de diagnose te begrijpen waar de persoon zich bevindt. Is er sprake van demencie, verlies van mobiliteit, een periode van depressie, is er een medisch probleem waardoor de persoon verward zou zijn? Het is ook om die reden dat wij een psychiater en een huisarts in het team hebben.

Wij analyseren dus de vraag in zijn geheel, de situatie en zoeken naar connectie met de persoon. We leggen uit wat we doen en vragen zijn toestemming om contact op te nemen met zijn netwerk.

Vervolgens nemen wij contact op met het netwerk en stellen aan elk lid van het netwerk voor uit te leggen hoe zij de zaken zien, wat hen zorgen baart, wat er vrij goed gaat in de situatie. Dan stellen wij voor om een deel of het geheel van het netwerk samen te brengen. Dit hangt natuurlijk af van wat mogelijk is binnen de huidige gezondheidssituatie, maar ook van de situatie van de persoon zelf. Je moet niet altijd te snel willen gaan en proberen te veel mensen bij elkaar te krijgen. Hier tasten we af en vragen we

hoe het op dat moment met de patiënt gaat. Waar iedereen mee worstelt, wat zorgen baart, welke hulpbronnen in het netwerk aanwezig zijn, wat niet zo goed werkt, welke veranderingen de oudere bereid is te verdragen, wat het netwerk als verandering kan verdragen. Wij proberen dus met al deze dimensies rekening te houden tijdens het overleg.

Vervolgens doen we een aantal voorstellen of maken we een stand van zaken op. Dit verschilt echt van situatie tot situatie. Elke situatie wordt op maat benaderd. Daarna maken wij altijd een verslag van het overleg dat telkens een beetje de rode draad vormt die leidt van de ene vergadering naar de andere.

Wij brengen een tweeledig perspectief. Omdat we een tweeledig team zijn, zullen we nooit rechte lijnen stappen ondernemen voor de patiënt. Wel ondersteunen wij het eerstelijns netwerk om zich te mobiliseren en dingen voor de patiënt te realiseren. We trachten echt een neutrale houding aan te nemen tegenover iedereen. Wij zijn niet verbonden aan een bepaalde dienst, wij hebben geen specifieke belangen, dus zijn wij neutraal ten opzichte van het netwerk en ten opzichte van de patiënt.

Dus we zetten het netwerk "*op de weg*", in overleg, rond een situatie.

Dit kan een ondersteunend effect hebben voor een oudere persoon die een depressieve periode doormaakt, te voelen dat er dit netwerk is dat zich rond hem beweegt, dat zichzelf in vraag stelt, dat met hem nadenkt, enz. Dit alles kan een zeer geruststellend effect hebben op de persoon op leeftijd.

Het kan soms ook stressvol zijn, dus je moet de dingen doseren...

Dus als je vraagt wat een "*succesvolle operatie*" is, is het best ingewikkeld. Je moet de situatie zien en luisteren naar wat er aan de hand is. Of het nu al dan niet lukt om de persoon thuis te laten blijven wonen, het is een kwestie van mensen weer met elkaar in contact brengen, luisteren naar wat al dan niet mogelijk is, proberen het netwerk weer op gang te brengen en ervoor te zorgen dat het netwerk elkaar kent. Zelfs situaties die niet zouden leiden tot een opvolging met overlegmomenten enz. kunnen op een positieve manier worden bekeken. De steun die bij het eerste telefoongesprek wordt gegeven, kan al een belangrijke eerste stap zijn.

RB: Nog een laatste woord?

FE: Wat zou ik kunnen zeggen?

De huidige gezondheidssituatie heeft een beetje de neiging om verdeeldheid te zaaien: zij die zich beschermen, zij die dat niet doen, wie wordt opgevoerd? Het zijn de jongeren! Nee, het zijn de ouderen! Je moet een zo volledig en breed mogelijke kijk op situaties hebben. En dit weerspiegelt zich ook in onze manier van werken. Niet alles is zwart of wit, dus laten we stoppen met de zaken zo te bekijken.

RE: Dank je wel!



Protocol 3 van het RIZIV :

Projecten gericht op alternatieve zorgvormen voor ouderen.

IRISCARE :

Iriscare is een bicommunautaire instelling van openbaar nut die belast is met het beheer van de bevoegdheden die in het kader van de 6e staatshervorming zijn overgedragen. Sinds 2019 is Iriscare het bevoorrechte aanspreekpunt voor burgers en professionelen voor alles wat te maken heeft met sociale bescherming in het Brussels Gewest. Iriscare is bevoegd voor de hulp aan ouderen en personen met een handicap, woonzorgcentra, opvangcentra, diensten voor thuiszorg, rolstoelen, eerstelijnszorg... in Brussel.



Getuigenis: Een straatverpleegster



Joséphine werkt sinds zes jaar als verpleegster voor de vzw "Straatverplegers". Ze vertelt ons over haar dagelijkse werk:

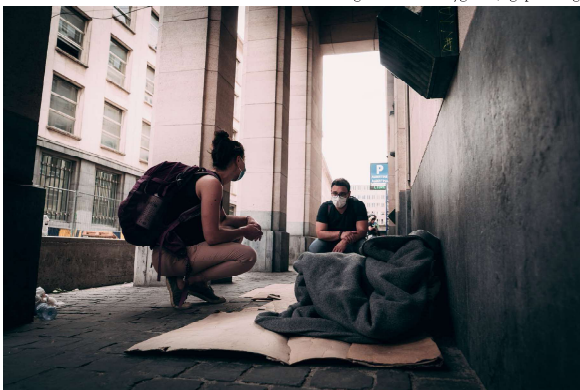
Vergezeld door een collega-verpleger of maatschappelijk werker, ga ik dagelijks op pad. Ik loop door de straten van Brussel en ontmoet daklozen. Voor sommigen van hen gaat het om een eerste contact, dat soms maar een paar

seconden duurt. Met anderen zijn wij een proces begonnen van begeleiding sinds enkele weken/maanden met het doel hen opnieuw duurzaam te huisvesten.

Of het nu waait, regent, vriest of erg warm is, het leven op straat is zwaar, zowel lichamelijk als psychisch.

Een vaak ondermaats voedingspatroon en gebrek aan hygiëne, gepaard gaand met een

vreemd gebrek aan privacy en een grote mate van onveiligheid, berooft de mensen van slaap en verzwakt hun gezondheid aanzienlijk. In de ernstigste situaties (velen lijden



aan geestelijke gezondheidsproblemen) komt onze arts ter plaatse om ons te adviseren en vooral om aansluiting met de meest geschikte medische voorzieningen te verzekeren.

Zonder de bereidheid van de patiënt om er weer bovenop te komen, blijft onze actieradius zeer beperkt. We overhaasten geen dingen! Integendeel, wij nemen de tijd die nodig is om het vertrouwen te herstellen en elke persoon te motiveren. Je geraakt niet zomaar weg van de straat...

Eenmaal opnieuw gehuisvest, worden de patiënten regelmatig opgevolgd, aangezien een terugkeer naar de straat altijd mogelijk is en wij dit absoluut willen vermijden.

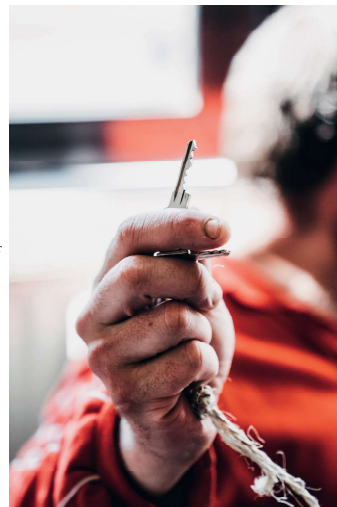
Terwijl we de positieve punten en de hulpbronnen van onze patiënten te versterken, stippen we samen doelstellingen uit die overeenstemmen met hun wensen en capaciteiten. Elke behaalde uitdaging, groot of klein, is een echte overwinning voor de persoon. Het betekent dat hij de controle over zijn leven herwint en het stelt hem in staat zichzelf te verwezenlijken, in actie te komen. Het geeft hem erkenning en schenkt hem zijn menselijke waardigheid terug.

In de 15 jaar van ons bestaan hebben we meer dan 140 mensen geherhuisvest. Wij hopen op termijn, samen met alle actoren van de samenleving, een einde te maken aan



dakloosheid.
Steun en info: www.infirmiersderue.org

PY. Jortay



Getuigenis: Een persoon gevolgd door een mobiel team



Interview door René Bartholemy

R: Kunt u zich kort even voorstellen?

Jeanne: Ja, mijn naam is Jeanne, ik ben 59 jaar oud en ik woon in Brussel. Wat zou ik kunnen zeggen? Dat ik gedurende jaren een erg druk beroep had dat ik erg fijn vond. Ik heb drie kinderen, die ik vaak alleen heb opgevoed. Op een bepaald moment kreeg ik de diagnose bipolaire stoornis. Het is een complexe ziekte die de dingen er niet gemakkelijker op maakt, noch in het dagelijkse leven, noch in het leven in zijn geheel. Ik heb verschillende soorten steun gehad...

RB: Hoe bent u in contact gekomen met een mobiel team?

Jeanne: Ik heb in mijn leven, zelfs voordat ik patiënt was, als werkneemster, als vrouw, enzovoort, altijd gevonden dat wat er ontbrak in het psychologisch therapeutisch aspect van de dingen, is dat mensen vaak hulp nodig hebben wanneer ze niet meer in staat zijn om stappen te zetten in die richting... Vaak verkeren zij in een situatie van "verlamming" en is het zeer ingewikkeld om de stap te zetten en naar een algemeen erkende instantie te gaan. Ik heb altijd al een beetje gedroomd over dit soort diensten en ik kwam erachter door te zoeken op het internet. Daar zag ik dat ze het hadden over mobiele teams en vond ik ook andere informatie. Ik heb er met mijn psychiater over gesproken en zij bevestigde mij het bestaan van die projecten die een paar jaar geleden zijn opgestart en over het hele land zijn verspreid. Zo belde ik het mobiel team van mijn Brussels gebiedsdeel, TELA. We maakten snel een afspraak en de mensen kwamen bij me thuis. Een gelukkig maar, want ik was niet in staat om op eigen kracht te gaan, zelfs om naar de psychiater te gaan nam ik een sociale taxi

terwijl ik een auto heb... Ik had echt een totaal gebrek aan energie. Dus ik was erg tevreden te weten dat er mensen bij me thuis zouden komen.

RB: En hoe verliep dit contact ter plaatse?

Jeanne: Tijdens het allereerste contact, zoals de naam al zegt, moesten we elkaar een beetje leren kennen. Dus ik legde mijn situatie uit, op dat moment was ik ontslagen uit het psychiatrisch ziekenhuis na een manische fase en was ik sinds januari weer thuis. Ik denk dat het in maart was, begin maart dat ze voor het eerst langskwamen. Toen was ik nog in een fase van zware depressie, dat wil zeggen dat ik de hele dag in bed bleef, ik kon niet eten, ik kon me niet wassen, een echte ramp dus! Dus gaf ik een beetje uitleg over mijn achtergrond, wie ik was (een beetje meer dan aan het begin van het gesprek, natuurlijk!). Ze zijn meestal met twee, deze keer was er een psycholoog en een psychologisch assistent. Beiden legden mij in algemene bewoordingen uit wat een mobiel team was, waarvoor het diende, wat voor soort dienst zij konden aanbieden, en ze stelden zich elk ook voor. Wat ik leerde en wat voor mij een troost was, was dat de begeleiding verder kon gaan dan een louter psychologisch gesprek en soms ook een zeer concrete probleemoplossing kon inhouden. Zoals: het opstellen van een budget, het beantwoorden van een aanmaning voor een rekening (het is waar dat ik op dat moment een beetje aan het verdrinken was en het een goed idee was om me uit het slop te halen...).

Er is dus het psychologische aspect, maar er kan ook een administratief aspect zijn en de versterking van praktische tools om met de bipolaire aandoening om te gaan.

RB: Wat was uw eerste indruk na het eerste bezoek?

Jeanne: In het begin was ik toch wel wat

angstig. Ik was niet in staat was om iets in mijn appartement te doen, maar had toch geprobeerd het zo uitnodigend mogelijk te maken. En toen werd mijn indruk zeer positief, want het zijn zeer attente mensen.

Bij het eerste bezoek hebben we alles een beetje op een rijtje gezet (mijn leven, diagnose, anamnese, enz.) daarna hebben we een afspraak gemaakt en de bedoeling was om elkaar elke week te zien. Daarna werd het om de twee weken, soms een beetje langer, afhankelijk van de staat waarin ik me bevond.

RB: Voor zover het nodig was?

Jeanne: Voor zover nodig, inderdaad! Maar wel een geplande opvolging!

RB: Hoe verloopt een mobiel teambezoek?

Jeanne: De mensen zetten zich neer. Meestal gebeurde dat hier in de woonkamer. We hebben een paar ontmoetingen in de eetkamer gehad toen de woonkamer bezet was. Het eerste wat we bespreken is mijn toestand, hier en nu. Hoe het met me gaat, hoe mijn week of de twee weken daarvoor verliepen. In welke emotionele toestand ik me bevind. Dus eerst vragen zij naar mijn algemene toestand. Daarna hernemen we eventueel wat er de vorige keer is besproken, of wordt een nieuwe vraag gesteld: is er iets waar ik het vandaag over zou willen hebben? Of ze komen met een "weet u nog, de vorige keer dat we het hierover hadden, heeft u tijd gehad om er afstand van te nemen, zijn er nieuwe dingen gebeurd waarover we het kunnen hebben?"

Het vindt plaats in een zeer "bevoorrechte" context in die zin dat ze zacht, begripvol, niet-oordelend en ondersteunend zijn. Wat ook belangrijk is, is dat er op een bepaald moment een mini-samenvatting gemaakt wordt, een herkadring om na te gaan of we nog steeds op dezelfde golflengte zitten met betrekking tot wat er is gezegd. Er waren periodes, toen ik af en toe problemen had met één van mijn kinderen of zelfs met al mijn kinderen, zij mijn kinderen ook ontmoetten. Soms was het met één of alle drie de kinderen en in mijn bijzijn. Ik had de indruk dat het een opluchting voor

hen was, voor mijn kinderen, te weten dat ik gevolgd werd, en ondersteund door een mobiel team. Ik vond het fijn dat ze elkaar konden ontmoeten om te weten te komen waar het over ging. Ik denk dat het hen geholpen heeft. Zij konden ook over hun lijden praten, want bij dit soort ziekte lijden de familieleden bijna evenveel als de patiënten. Het was ook een aanpak die ik erg waardeerde. Ik vond het zeer goed dat de situatie op een meer systemische manier werd aangepakt. En wat je ook moet weten is dat in de eerste veertien dagen of de eerste maand van de bijeenkomst, de psychiater van het mobiel team er ook bij is. Hij komt kijken hoe het gaat, of er specifieke vragen zijn, om een algemene doelstellingen en beetje uiteen te zetten,

RB: En wat heeft u bij de volgende bezoeken geholpen? Wat blijft u bij?

Jeanne: Wat ook helpend was, is dat ik van mijn kant heel wat gelezen heb over deze ziekte en dat ik een aantal specifieke tools kende en dat zij mijn tools kwamen aanvullen met hun gereedschapskist.

Dus we konden echt dingen uitwisselen. Wat minder helpt, maar dat ligt aan mij, is dat ze me soms hulpmiddelen aanreiken die interessant zijn en dat ik ze dan in mijn map stop en er niet meer op terugkom... Na mijn crisissen ontbreekt het me vaak aan moed en motivatie. Zelfs nu nog denk ik dat de map weer moet bovenhalen en ermee aan de slag moet gaan. Ze hebben me heel wat tools voorgesteld die ik zou kunnen



gebruiken. Meditatie, adressen van plaatsen waar ik heen kan, praatgroepen, spelletjes om mijn geheugen te stimuleren, ... om er maar enkele te noemen.

Met mijn verstand weet ik dat dat allemaal interessant is, maar ik kan de stap niet zetten.

RB: De opvolging door het mobiele team is nu beëindigd of wordt beëindigd. Zal u het missen en waarom? Heeft u ergens spijt van?

Jeanne: Spijt dat ik de adviezen en hulpmiddelen die ik krijg of die ik zelf vind, niet altijd in de praktijk breng. Het is duidelijk dat we in een moeilijke periode zitten, met corona: ik voelde me toch veel beter voordat dit gedoe begon...

Wat ook belangrijk is om te vertellen, is dat ik me op een gegeven moment echt goed genoeg voelde (op een schaal van 1 tot 10, zat ik op 5 of 6) en dat de sessies daardoor in hun lokalen werden gehouden. Een paar maanden lang gebeurde het hier thuis en nadien begaf ik me naar TELA. Op een bepaald moment besloten

we elkaar ergens anders te ontmoeten dan bij mij thuis of bij hen: in een café, enz. Misschien was het in de periode dat TELA verhuisde. Ik kon zelf kiezen waar ik hen zou ontmoeten.

RB: Soms is een neutrale plek interessanter...?

Jeanne: Ja, het is bevorderlijk voor de creativiteit en het ligt wat meer buiten de "medische" sfeer.

Om erop terug te komen: ja, de opvolging is afgelopen, ik moet hen nog één keer ontmoeten. We zullen zien! Het is heel normaal dat het eindigt, hulp kan niet eeuwig duren. Op een gegeven moment moet ik het toch alleen zien te redden. En ik vind ook dat het zo een geweldige aanbod is, dat ook andere mensen ervan moeten kunnen gebruik maken. En ik denk dat, moest het echt slecht met me gaan, ze de deur voor mij niet gesloten zouden houden.

RB: Het feit dat het stopt is op zich goed

nieuws? Dit betekent dat het beter gaat met u?

Jeanne: Ja! Voor corona en voor mijn terugval, stelde ik het beter... Maar nu voel ik (en zij ook) dat we een lange weg hebben afgelegd en dat er op een gegeven moment een einde aan moet komen. Dingen die nooit een einde kennen... Aan de andere kant, als ik echt een groot probleem heb (ik hoop van niet! Maar stel dat het over een jaar niet meer gaat...) en als ik er behoefte aan heb, mag ik weer contact met hen opnemen.

RB: Nog een laatste woord?

Jeanne: (Lacht!) U moet weten dat ik tijdens mijn opvolging door het mobiele team ook een afspraak heb gemaakt met een psycholoog. Ik heb wel een psychiater, maar dat is eerder voor de medicatie-aspecten. Dus ik ontmoette een heel aardige psychologe iets minder dan een jaar geleden. De bedoeling was dat ik, als het afgelopen was met het mobiele team, bij de psychologe zou blijven gaan.

Nog een laatste woord? Wel ja, het feit dat ik nu een beroep kan doen op een ervaringsdeskundige en dat ik niet meer zo alleen ben. Dit is een andere manier om de dingen te benaderen, de ziekte, aangezien de ervaringsdeskundige periodes in zijn leven heeft doorgemaakt die lijken op die van mij, en op die manier kan er een uitwisseling kan plaatsvinden...

RB: Hartelijk dank!

Jeanne: Ook dank aan u en aan "mijn mobiel team".

Plekken in Brussel 2: Het voormalige "Krankzinnigengesticht", "Simpelhuys" of "Dulhuys"



Plekken in Brussel is een rubriek die plaatsen voorstelt die, vandaag of in de meanders van weleer, een verband hebben of hadden met geestelijke gezondheid. Dit verband kan rechtstreeks en duidelijk zijn en soms zeer omfloert.

Aangezien de soortgenoot van die tijd niet erg teder was voor deze mensen, zullen in de rest van de tekst termen worden gebruikt die soms hard zijn, maar die de mentaliteit van die tijd goed weerspiegelen.

Inleiding

Een beetje geschiedenis van de geestelijke gezondheid - extreem vereenvoudigd - voor we beginnen:

Terwijl in de prehistorie het hoofd van de lijdende mens soms werd doorboord om boze geesten te laten ontsnappen, werd in de oudheid, onder Hippocrates en Galenus, getracht de 4 humeurs met elkaar te verzoenen (gele gal, vandaar de uitdrukking "zijn gal uitspuwen"; zwarte gal, aan de oorsprong van het woord "zwartgallig" en in het Grieks verwant met het woord "melancholie"; slijm, voor de nonchalante "flegmatic" onder ons, en bloed, dat ons vurig en zogenaamd "sanguïsch" maakt). In de Middeleeuwen, onder invloed van de Katholieke Kerk, zag men het geestelijk gezondheidsprobleem eerder als een soort greep op de geest door het kwade, de Boze, de duivel in persoon!

God zendt ziekte en waanzin naar hen die zich van Hem afkeren.

Een gek was dus automatisch bezeten! Daarom moet alles in het werk worden gesteld om de geest van de lijdende mens te bevrijden!

In Brussel werden de simpele geesten in de familiekring gehouden. Ze werden vaak opgesloten in kelders, hokken in de tuin of op zolders, zodat de familie niet het beschamende risico liep dat de zieke door de buren werd gezien. En zoals Michel Foucault schrijft in "Histoire de la folie", "de gekken hadden toen vaak een swaermuren gedreven; men liet hen op het platteland lopen als men hen al niet toevertrouwde aan een groep kooplieden en pelgrims."

Maar de gevaarlijke gekken daarentegen, werden opgesloten in de poorten van de eerste stadsmuur, die na de bouw van de tweede muur nutteloos waren geworden. Dit waren de Keulse Poort (de oude naam voor de Schaarbeekse Poort), de Steenpoort (gelegen aan het begin van de Hoogstraat) en de Verloren Cost-poort (gelegen ter hoogte van de Vlaamse Steenweg).

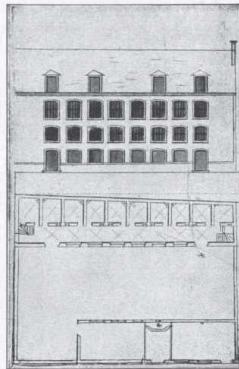
Daar probeerden de goede zielen van die tijd bij deze arme martelaren de boze geesten uit te drijven. Soms gebeurde dat door middel van zeer gewelddadige rituelen die soms leidden tot de dood van de patiënt.

Het Huis

Op 31 maart 1590 besloot de stad Brussel een speciaal gebouw te laten bouwen voor de "simpelen van geest". Dit "Simpelhuys" werd al snel een vrij groot complex met hoofdgebouwen die door binnenplaatsen van elkaar gescheiden waren. Aan de straatkant bevonden zich keukens, de brouwerij, het magazijn, de wasplaats en de bakkerij. Er waren 60 cellen voor de gekken. Tussen de eerste twee binnenplaatsen bevond zich een kapel met twee afzonderlijke oratoria, één voor mannen en één voor vrouwen.

Het huis heeft verschillende verbouwingen ondergaan. In 1741 hadden sommige cellen voorzieningen die rechtstreeks uitkwamen op de riool, maar ze waren nog steeds niet erg groot (2,5 m bij 2,2 m). Ze waren voorzien van een raampje in de deur.

Het complex bevond zich in de buurt van wat nu de KVS (Koninklijke Vlaamse Schouwburg)



is, op de hoek van de Lakensestraat en de kleine Ring, en verving de kalkovens van de stad, die in verval waren geraakt.

Onmenselijke omstandigheden

De krankzinnige geïnterneerden leefden vaak in onmenselijke omstandigheden en konden niet veel meer doen dan wachten op de dood. Er was geen verplegend personeel, alleen een paar bewakers (in het begin slechts één) die slecht betaald werden en moesten zorgen dat de bezetenen niet vluchtten.

In 1768 was de toestand van het gebouw zodanig dat de lucht in de cellen "bedompt en slechtriend" werd. De priesters die de laatste sacramenten brachten aan de in doodsnood verkerende gevangenen, moesten hun missie staken voor die volbracht was.

Het volgende is afkomstig uit een document uit 1941 van professor P. Bonenfant (hoogleraar aan de Universiteit van Brussel en archivaris van de Openbare Bijstand van Brussel), getiteld "L'Ancienne 'Maison des Insensés' ('Simpelhuys') de Bruxelles":

[... In een verslag van T.-P. Caels van 4 december 1794 is het volgende te lezen :] "De begane grond ligt niet hoog genoeg boven de grond; hij ligt zelfs onder het niveau van het straatplaveisel; hij is zo vochtig dat het vuur zelfs niet in staat is om hem uit te drogen. Om ruimte te besparen, is het aantal verdiepingen vermenigvuldigd; er zijn er drie boven de begane grond." Dit maakt het brandgevaar aanzienlijk, omdat de trappen van hout zijn. Dit gevaar wordt nog vergroot door het feit dat de binnenplaatsen slechts één uitgang hebben, "en er is geen brandpomp in dit huis". Op elke verdieping heeft een gang "aan weerszijden verschillende kamers, of liever gaten, waar deze ongelukkigen ingesloten zijn, om niet te zeggen verstikt worden door het gebrek aan lucht en door de verontreiniging van de latrines aldaar. De meeste van deze loges hebben geen ramen, de lucht wordt alleen ingeademd door een opening in de deur die slechts 6 duim hoog en 9 tot 10 duim breed is: er is een klein luik dat gewoonlijk 's nachts wordt gesloten. Wanneer men deze luiken de volgende dag open, treft men een warme en vieze lucht aan, die het ook prikkelt."

Het is nauwelijks mogelijk, zegt een ander rapport, "dat een lichtkaars er kan blijven branden". Er wordt zelfs gezegd dat bij sommige bewoners "de kniezuwen zo erg

beschadigd zijn door in hun kerkers opgesloten te zitten dat zij alleen nog als beesten op handen en voeten kunnen lopen".

Degenen die niet in een cel zitten, worden soms ook samengebracht "in kamers die niet ruim genoeg zijn, die geen ramen tegenover elkaar hebben om de lucht te versen en die om deze reden ook zeer ongezond zijn". Hetzelfde geldt voor de ziekenboeg: "men zou het beter het graf van gekken kunnen noemen".

Het "Simpelhuys" heeft namelijk alle kenmerken van een gevangenis: het is in wezen een politie-inrichting. Het is waar dat er een dokter en een chirurg aan verbonden zijn, maar hun opdracht is niet om te proberen de gevangenen te genezen. In 1794 werd bijvoorbeeld opgemerkt dat "het gebruik van baden en douches, een bijna typische remedie tegen verschillende soorten dementie, onbekend was." De reden is heel eenvoudig: waanzin wordt niet beschouwd als een ziekte, maar "als een gevolg van toverij".

Talrijke misbruiken zijn het gevolg van de wijze waarop het etablissement wordt beheerd: het wordt niet rechtstreeks door de stad beheerd, maar wordt in pacht aan de "conciërge" of directeur gegeven. Deze laatste sluit over het algemeen een overeenkomst voor tien jaar en ontvangt van de stad een vast bedrag, berekend per dag en per krankzinnige. In ruil daarvoor moet hij hen voorzien van alles wat ze nodig hebben.

Hij had ook het recht betalende bewoners op te nemen, strikt genomen niet in de inrichting, maar in een aangrenzend huis dat hem toebehoorde en dat bekend stond als "Ryke Simpelhuys". Op het einde van het ancien regime had dit uitbatingstelsel de gebruikelijke nadelen opgeleverd: ten eerste liet het onderhoud van de krankzinnigen veel te wensen over. Een aanklacht (anoniem, dat is waar, maar ten minste enkele details lijken betrouwbaar) vertelt ons dat in 1791 "de soep die door de mensen waarvoor de stad verantwoordelijk is, wordt gegeten niet veel beter is dan die welke door varkens wordt gegeten". De betalende bewoners zijn niet veel beter af: zij krijgen slechts een "vrij slechte" soep en twee sneetjes brood met fruit en kaas voor het avondeten drie dagen per week. Zij moeten extra betalen voor hun wijn en die wordt tegen een exorbitante prijs aangerekend. Het

bier wordt gemengd met witbier of water. Thee, koffie, brandewijn en tabak worden ook versneden. Gekken die geen hulp van hun ouders krijgen "zijn bijna geheel naakt" en als hun nieuwe kleren worden geschenken, worden die vervangen door vouden. Wat nog ernstiger is, is dat de directeur uit winstbejag zijn bewoners niet altijd vrijlaat wanneer zij tot hun verstand zijn gekomen: een inspectie in 1791, waarschijnlijk naar aanleiding van de aanklacht die wij zojuist hebben

geanalyseerd, bracht het bestaan aan het licht van 33 genezen krankzinnigen onder degenen die op kosten van de stad werden vastgehouden en 11 onder betalende ingezetenen. Dit volstaat om aan te tonen hoezeer de regelmatige inspectie van het huis, een functie die toebehoorde aan de schatbewaarders en inspecteurs van de stad, te wensen overliet.

Ook de formaliteiten voor een collocatie waren lange tijd zo eenvoudig dat allerlei vormen van misbruik mogelijk waren: een

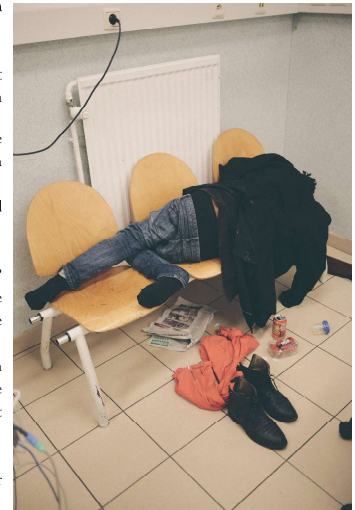
eenvoudig bevel van dezelfde schatbewaarders en ontvangers, zonder enige juridische vorm, op verzoek van ouders of burens, vergezeld van een medisch attest, volstond. Pas op 27 juni 1771 besloot de magistraat dat in de toekomst een door hem uitgevaardigd rechterlijk bevel nodig was. In 1794 zaten er 94 mannen en 123 vrouwen opgesloten in het huis.

Vandaag

Vandaag blijft er niets meer over van het "Simpelhuys" behalve een paar geschreven

documenten die verwijzen naar deze onreine plaats. In 1803 besloot de regering van het ancien regime alle geïnterneerden naar Geel te sturen. Van 1803 tot 1819 werd deze plek gebruikt als gevangenis, daarna werd deze verkocht en verkaveld.

René Bartholomé



om aan te sterken, tot rust te komen en weer op krachten te komen.

De psychiatrische spoeddienst is een bijzondere plaats waar men een glimp kan opvangen van de kwaliteit van het leven in onze samenleving en de grenzen ervan. Dit is het begeleidende commentaar bij de vertoning in 2020 van een film die werd opgenomen in de psychiatrische spoeddienst van een ander Brussels ziekenhuis. We weten dat we in de psychiatrie mensen niet kunnen genezen en dat we ze meestal alleen maar kunnen ondersteunen. "Ik kan u niet van alle pijn en ellende die u meemaakte genezen, maar ik kan u helpen ermee te leven".

De psychiatrische spoeddienst is een intense menselijke ontmoetingsplek waar je de meest intieme aspecten van een mens aanraakt. Door tijdens deze uren bij de zorgverleners te zijn, was ik in staat te observeren en te voelen hoe de patiënt op de psychiatrische spoeddienst werkelijk het onderwerp van zorg is en niet het object van zorg.

Luc Detavernier

1: MICHAUD S. Place de l'infirmerie de santé mentale aux urgences, 2013
2: PAUGAM S. La disqualification sociale, essai sur la nouvelle pauvreté, PUF, 1994 (1991)

algemeen gezien als een goede zaak. Er zijn echter minstens twee standpunten over dit onderwerp: sommige psychiaters stellen een diagnose, anderen doen dit liever niet.

We stelden een psychiater een paar vragen om hier wat licht op te werpen. Wij hebben ook twee patiënten gevraagd ons te vertellen hoe zij hun diagnose hebben ervaren en hoe deze hun leven heeft beïnvloed.

René Bartholomé

RB: Een van deze teams stellen wij voor in deze krant en het andere schreef de algemene toelichting bij de mobiele teams. Wat denkt u, na het lezen van de inleiding van dit hoofdstuk, dat de waarde is van een diagnose ?

CAS: Ik vind de inleidende tekst zeer goed geschreven en ik vind de waarde ervan nog steeds ambivalent. Dat wil zeggen dat het tegelijkertijd dingen kan opleveren en

Actueel: Onderdompeling in de psychiatrische spoeddienst van het UMC Sint-Pieter



Onderdompeling in de psychiatrische spoeddienst van het UMC Sint-Pieter



In de collectieve verbeelding worden de spoeddiensten van ziekenhuizen ervaren als een plek waar onmiddellijke hulp wordt geboden en, bovendien, genezing. Of de crisis nu van somatische of psychiatrische aard is, de aankomst op de spoed gaat gepaard met angst en zorgen. Ongeacht de aanleiding, of er al dan niet een bepaalde aandoening aan ten grondslag ligt, is de noodsituatie intens, heftig en pijnlijk, en de patiënt voelt zich in een impasse.¹

Ik heb enkele uren doorgebracht op de psychiatrische spoeddienst van het UMC Sint-Pieter, waar ik het komen en gaan van verplegend personeel en patiënten gadesloeg.

Wat een mooie les in nederigheid ten aanzien van de ontreding van mannen en vrouwen die getekend

zijn door het leven.

De spoeddienst is een plaats waar, dag en nacht, opwinding en stilte, verdriet en wanzin, tranen en gelach, stilte, kreten en gefluister elkaar afwisselen.

Een plek in het centrum van Brussel waar verloren blikken elkaar kruisen en andere blikken op zoek zijn naar begrip, waar angsten en onsamenhangende woorden worden geuit, waar men zijn verdriet, leed en uitputting uitstort. Een plek waar we soms buiten adem zijn aan het eind van een lange tocht.

Een bijzondere plek, waar wanhoop, woede, melancholie, droefheid, angsten, onbegrip en verdriet samenkomen.

Psychologen, psychiaters, verpleegkundigen, artsen, maatschappelijk werkers treden op als een team. Informatie wordt nauwkeurig en op menselijke wijze uitgewisseld. De blikken van de verzorgers ontmoeten elkaar, blikken die veel zeggen over de ernst van het menselijk lijden.

De uren vorderen, de tijd verstrijkt in de kleine kabinetten en spreekkamers, zachtjes worden woorden op de dingen gelegd, emoties komen los, spanningen zakken weg, tranen glijden van beschadigde gezichten.

De verplichte maskers wissen een groot deel van ieders gezicht. Alleen de blik is waarneembaar en enkel woorden worden gedeeld. Aanraken kan niet,



Nieuw thema: Het diagnosevraagstuk



J e psychiater een diagnose horen stellen is, ongeacht de ziekte, vaak een ingrijpende ervaring in een mensenleven. Het is ongetwijfeld een sleutelmoment voor een zeer groot aantal patiënten. In veel gevallen kunnen we werkelijk praten over een leven voor en na de diagnose.

Vanuit het oogpunt van de patiënt kan het krijgen van een diagnose op zichzelf traumatisch zijn, kan het veel in gang zetten, kan het hem het gevoel geven dat hij alleen maar zijn ziekte is en niets anders, kan het ertoe leiden dat hij zichzelf stigmatiseert.

Het kan hem zijn houvast doen verliezen, maar het kan ook een gevoel van bevrijding bieden, orde scheppen in dingen die voorheen onoverzichtelijk waren, en het kan ook hoop geven: weten dat je een echt probleem hebt is immers toch de allereerste stap naar herstel!

Trouwens, is het niet makkelijker om je probleem te aanvaarden als je weet waar je mee te maken hebt?

Het benoemen en het toekennen van een oorzaak aan een probleem wordt over het

Brussels mobiel 2b-team dat in het oosten van Brussel werkt, en een ander mobiel team met de naam '107 Precariteit', dat zich richt op mensen die in een zeer precare situatie verkeren, vaak slecht gehuist zijn of op straat leven en die geestelijke gezondheidsproblemen hebben of in elk geval gedragingen of gedachten die sommige mensen storen, of die als "op het randje" kunnen worden beschouwd.

Interview: Hoe een psychiater kijkt naar het diagnosevraagstuk



RB: Kunt u zich kort even voorstellen?

CAS: Charles Antoine Sibille, ik ben psychiater. Ik werk bij de een dienst voor geestelijke gezondheid in Schaarbeek en in twee mobiele teams. Het eerste is TELA, een

tegelijktijd - integendeel - zowel de persoon die de diagnose krijgt als zijn entourage en zijn verzorgers kan opsluiten in een perspectief waarbij de dialoog lijkt te worden beperkt door een vaststaande diagnose. Het is een zeer brede en eigenlijk complexe vraagstelling.

RB: Sommige psychiaters lichten de patiënt in over hun diagnose. Wat zijn volgens u de voordelen hiervan? De minder positieve aspecten? U hebt dit onderwerp inderdaad al wat aangesneden bij de vorige vraag.

CAS: De reden waarom sommigen het goed vinden een diagnose mee te delen, zonder de werkwijze van mijn confraters af te willen breken, is dat wij onszelf over het algemeen zeggen dat wanneer er een diagnose is, het makkelijker is om te weten wat er aan de hand is, makkelijker om een verband te leggen met een klinische voorgeschiedenis en daardoor ook makkelijker om zicht te krijgen op een behandeling, zowel op vlak van medicatie als vanuit het meer psychotherapeutische oogpunt.

Er is een tendens waarbij er de neiging is om dan, in samenhang met de diagnose, psycho-educatie voor te stellen die de mensen leert wat het is om aan deze of gene ziekte te lijden. Voor mij is dit een model dat ontleend is aan het medische model waarbij diagnose - prognose - behandeling nauw met elkaar verbonden zijn. Ik vind het een beetje misbruik van taal om dit toe te passen op de geestelijke gezondheidsproblematiek, die naar mijn mening over het algemeen complexer is dan dat.

RB: U hebt zojuist mijn volgende vraag gedeeltelijk beantwoord, maar ik ga hem toch stellen: Als het werk van een psychiater gezien kan worden als een dialoog met de patiënt, wordt die dialoog dan niet belemmerd door het stellen van een diagnose? *"Daarmee is alles gezegd, geef me mijn pillen en we praten er niet meer over."*

CAS: Wat de dialoog betreft, vind ik de vraag zeer interessant, omdat zij bepalend zal zijn voor de wederzijdse houding van de beroepsbeoefenaar in de geestelijke gezondheidszorg en de persoon met wie hij te maken heeft. Wanneer we de diagnose gebruiken als een etiket om te benoemen wat er aan de hand is met de persoon voor ons, vind ik natuurlijk dat dit de dialoog eerder beknoot, omdat we veronderstellen dat er kennis is over wat er aan de hand is met de persoon voor ons, waartoe die persoon niet noodzakelijk toegang zou hebben.

RB: Welke factoren - afgezien van het feit dat mensen feilbaar zijn - kunnen ten grondslag liggen aan een onjuiste diagnose en komen deze onjuiste diagnoses volgens u in uw beroep

vaak voor?

CAS: In het historische vraagstuk van de psychiatrie en het historische vraagstuk van de diagnose, zijn er helaas enkele trieste hoogtepunten. Zowel tijdens de Tweede Wereldoorlog als tijdens de strijd voor burgerrechten van jonge zwarte Amerikanen, werd zeer duidelijk aangetoond dat de diagnose schizofrenie, die vroeger vooral bij blanke vrouwen werd gesteld, plotseling eerder bij jonge zwarte mannen werd gesteld. Uiteraard maakt dit deel uit van een strijd van deze jonge mannen voor toegang tot rechten, toegang tot dingen die in die tijd niet vanzelfsprekend waren, en het benadrukt dus de mogelijkheid van een onmiskenbare ontsporing. We kunnen het ook hebben over de "diagnose" van homoseksualiteit die, van de ene DSM tot de andere, door categorieën navigeerde die meer moralistisch waren dan wat dan ook. Op een gegeven moment, onder druk van de publieke opinie, wat natuurlijk begrijpelijk is, verdween deze diagnose uit het domein van de geestesziekten en werd niet meer als zodanig beschouwd. Het is duidelijk dat diagnose bij uitstek samenhangt met de cultuur en de context waarin wij ons bewegen en dat deze zeer gesloten kant van een diagnose nogal gevaarlijk is, omdat daardoor zaken dreigen te worden afgesloten die van groot belang zijn zoals de toegang tot burgerrechten van een deel van de bevolking of het recht op seksuele geaardheid.

RB: Bestaan er trends in diagnoses? Soms lijkt het alsof plots iedereen bipolair, hoogbegaafd, autistisch of hyperactief is.

CAS: Ik ben een jonge psychiater, ik heb nog niet veel trends gekend, maar er is zeker een tendens om eerder over één bepaalde stoornis te praten dan over een andere. Ik vind deze vraag zeer interessant omdat deze tendenzen niet alleen worden bepaald door psychiatrische kennis, maar ook door de samenleving in haar geheel. Het maakt het mogelijk de vraag naar de diagnose te verschuiven van de psychiater naar een bredere maatschappelijke vraag, die erin bestaat te achterhalen hoe men psychisch lijden of ongewone gedragingen en gedachten ervaart. Ik neem als voorbeeld het eerste dat in me opkomt: burn-out. Burn-out is een vrij modieus begrip dat wijst op een situatie van uitputting die, voor psychiaters, relatief goed gedefinieerde criteria heeft van professionele uitputting (*soms wordt ook ouderlijke uitputting meegeerekend*), maar die, in het algemene discours, een soort eufemisme is geworden dat "droefheid" of "vermoeidheid" betekent, of gewoon "verpletterd zijn door de maatschappelijke machine om ons heen", ... En als we het hebben over "burn-out", gaat het dan wel om een modeverschijnsel of eerder om een fenomeen?

RB: Bovendien zeggen we eigenlijk niet meer dat we wat neerslachtig zijn, we zijn meteen "depressief"... Er is de neiging om het gewicht van wat we voelen te willen vergroten: van neerslachtig gaan we naar depressief en van daar naar "burn-out" omdat dat nog "zwaarder" is.

Wat zeg je tegen een patiënt die al 30 jaar aan een ziekte lijdt voordat de diagnose wordt gesteld en die al die tijd zijn lijden als "zijn normaal" heeft opgevat en deze opvatting dan ziet instorten?

CAS: (Aarzelt)

RB: Lastig?

CAS: Het is des te lastiger omdat ik persoonlijk probeer niet, of althans zo weinig mogelijk, met diagnoses bezig te zijn. En ik kan me makkelijker vinden in het principe dat zijn werkelijkheid en zijn lijden zijn dagelijks leven waren en dat zijn creativiteit en zijn hulpbronnen in het middelpunt stonden van wat hij er mee kon doen. Ik kan me daar veel beter in vinden dan in "We weten wat u hebt, u hebt deze ziekte! Er is iets mis met u." Natuurlijk besef ik dat dit ook kan worden opgevat als een verkapte manier om mensen in hun lijden op te sluiten en hun de toegang te ontzeggen tot een zekere welwillendheid en een bepaalde structuur van zorg. Het is evenmin mijn doel om te beweren dat werken zonder diagnose ook betekent werken zonder ondersteunende structuren voor mensen die in moeilijkheden verkeren. De druk om een diagnose te stellen, die wordt uitgeoefend door de ziekenfondsen, de artsen van de FOD Handicap, de verzekeringsmaatschappijen, soms zelfs sociale structuren zoals bepaalde OCMW's en noodopvangcentra, lijkt mij schadelijk omdat het de psychiater en de persoon die hem bezoekt ertoe dwingt te kiezen tussen het doen gelden van sociale basisrechten en het erkennen van wat die persoon ervaart, van een proces dat deel uitmaakt van zijn levensloop. En de gevolgen op de druk om medicatie te nemen zijn enorm. Je krijgt dan dreigementen te horen als "ofwel gebruik je psychiatrische medicijnen ofwel sta je straat", wat verschrikkelijk is ...

RB: Is de discussie over het al dan niet geven van een diagnose aan de patiënt recent? ("old school" versus "new school")

CAS: Of ze recent is? Nee!

Ze is zo oud als de mensheid. Waanzin heeft altijd bestaan en de namen en betekenissen die eraan werden gegeven varieerden sterk naar gelang van de culturele en historische context. Dus volgens mij is de diagnose niets meer dan een naam geven aan iets "geks" dat op de een of andere manier beschreven moet worden. Dus ik denk niet dat de discussie recent is.

Ik denk dat er, in het moderne en postmoderne Westen, veel bewegingen zijn geweest, ook onder psychiaters: er zijn er die een zeer medisch standpunt innemen en ervan uitgaan dat wat mensen doormaken een ziekte is als elke andere en als zodanig kan worden benoemd (*zoals blindedarmontsteking of ablesklierontsteking*). Andere psychiaters, met een eerder psychotherapeutische inslag, zullen andere referentiesystemen gebruiken om deze "waanzin" op een andere manier te benoemen. Zij zullen de diagnose niet noodzakelijk gebruiken om dan te delen met de persoon die ze voor zich hebben. Er zijn ook psychiaters die het idee hebben laten varen dat ze in de eerste plaats arts zijn om in de eerste plaats therapeut te worden. Zij schrijven zeer weinig of sporadisch voor en maken meer deel uit van een stroming waarin psychotherapie de belangrijkste zorgtoel is.

Wat belangrijk is om op te merken is dat de huidige trend gaat in de richting van een psychiatrie die zwaar leunt op het "Statistisch en Diagnostisch Handboek", of DSM, om mensen te behandelen volgens een pathologie met afdelingen die overgespecialiseerd zijn in dit of dat type probleem en met klinische proeven en studies die specifiek zijn toegeschreven aan deze overgespecialiseerde doelgroepen in een poging om wetenschappelijk gevalideerde behandelingen te creëren.

RB: Hartelijk dank!

CAS: U ook bedankt, het is een mooie gelegenheid om me uit te spreken over een zeer netelige kwestie en het heeft me veel stof tot nadenken gegeven! En er valt zeker nog heel wat meer over te zeggen!



Getuigenissen: Hoe twee patiënten hun diagnose ervaren



**Ik maakte een
decompensatie door toen
ik 17 was:**

Ik ging van hoogtes naar laagtes gedurende twee jaar. Daarna ontmoette ik mijn huidige psychiater. Hij schreef me medicatie voor en ik herstelde drie jaar na mijn eerste crisis.

Mijn psychiater heeft niet meteen een diagnose gesteld: hij heeft eerst een klimaat van vertrouwen geschapen en was erg

geruststellend. Beetje bij beetje, bereidde hij de weg voor en vertelde me over bipolariteit.

De dag dat ik de diagnose kreeg, herinner ik me dat ik er niet veel van begreep; ik wist niets van psychische ziekten. Ik denk dat ik bang was om geen normaal leven te hebben, geen baan, geen toekomst. Maar de diagnose gaf me toch een beter begrip van wat er met me gebeurde was. Ik was in staat te verwoorden wat ik had doorgemaakt en ik geloof dat het me heeft geholpen te herstellen. Ik realiseerde me dat ik

niet mijn ziekte was, en dat wat ik had gedaan, mijn ongepaste gedragingen, ergens vandaan kwamen. Dat stelde me gerust. De kennis die ik van de ziekte heb, heeft mij in staat gesteld mij aan te passen en aandacht te schenken aan verschillende factoren zoals de uren slaap die ik zorgvuldig moet respecteren, mijn leven dat zo stabiel mogelijk moet zijn en de mensen rondom mij die zich aan mijn levensritme moeten aanpassen. Ik kan bijvoorbeeld niet meerdere dagen achter elkaar feesten tot vier uur 's nachts; mijn familie en vrienden weten en respecteren dat.

Naar mijn mening, helpt het kennen van je diagnose om terugval te voorkomen. Er zijn specifieke hulpmiddelen en tools voor mensen die leven met een bipolaire stoornis. Bij de vzw "le Finambule", bijvoorbeeld, kan ik steun

vinden; ik weet ook dat er specifieke apps op de telefoon zijn om mensen met een bipolaire stoornis te helpen; er zijn stemmingsdagboeken, video's met getuigenissen, ... Hoe kan je deze stappen zetten en deze hulpmiddelen gebruiken zonder je diagnose te kennen?

Je anders voelen is echt moeilijk, en leidt tot veel eenzaamheid. De diagnose geeft je het gevoel ergens bij te horen. En ook al is de ziekte stigmatiserend, je alleen voelen is veel moeilijker. Toen ik andere mensen met een bipolaire stoornis ontmoette, begon ik me een stuk lichter te voelen omdat ik niet langer alleen was. Ik kon praten over medicatie, bijwerkingen, vermoeidheid, schaamte, ... met mensen die me begrepen. Hoe meer ik sprak met mensen die met een bipolaire stoornis leven, hoe meer ik mezelf leerde kennen en hoe meer ik in staat was om er in mijn omgeving over te praten.

Is het omdat de ziekte zo onbespreekbaar is dat sommige psychiaters de diagnose niet stellen? Hoe kunnen we stigmatisering bestrijden als we onszelf niet vertellen dat "bipolaire stoornis", "schizofrenie", slechts woorden zijn? Hoe meer deze woorden worden gezegd, gecommuniceerd en gedeeld, hoe minder mensen er nog langer bang voor zullen zijn. Het is het gebrek aan kennis dat beangstigend is, niet de aandoening zelf.

Lula

"Zeggen of niet"

Er was een tijd dat ik dacht dat een diagnose meedelen iets verschrikkelijks was. Ik kreeg in 2006 de diagnose "psychotisch". Ik was toen 33.

Ik zal u niet vertellen hoe deze aan mij werd

gegeven door een psychiater die waarschijnlijk niet erg thuis was in het onderwerp, een beginnening in het vak, eerder bio-medisch georiënteerd dan een therapeutisch of misschien was hij gewoon onhandig. Ik weet het niet.

Wat ik weet is dat hij mijn situatie als "potentieel chronische patiënt" vergeleek met die van wiskundige Nash in de film "Beautiful mind". Ik had die film gezien en ik was er erg van onder de indruk. Misschien herkent de psychiater zich hier. Ik luisterde niet eens meer naar hem, ik was als versteend. Ik herinnerde me de waanideeën van Nash uit de film en opeens werd het me duidelijk.

Ik zag gelijkenissen met mijn toestand van de voorbije maanden. Dus dat was het... Ik was psychotisch, zelfs schizofreen... mijn geest ging in galop en bereikte het toppunt van verschrikking. Ik moest de plek uiteindelijk wel verlaten. En toen bevond ik me alleen, met die malende donkere gedachten. Hoe moest het nu verder met mij nu ik dit wist? Al die studies en carrièrepennen die ik had gemaakt?

Dus dit viel allemaal in duigen? Op een sessie van drie kwartier, was mijn leven zinloos geworden en verworpen tot een vreselijke ziekte waar ik mee om moest gaan.

Toen raakte ik in een diepe depressie. Ik moest weg uit mijn appartement, ik verdroeg het niet meer om alleen te wonen. Ik werd bij mijn moeder thuis verwelkomd en verbleef daar enkele maanden, niet meer in staat om op te staan of een douche te nemen... nauwelijks in staat te eten.

Op een dag nam ik mijn telefoon om deze psychiater te bellen en vertelde hem dat ik geen opvolging meer wilde en zeker niet door hem, dat ik deze medicatie niet meer zou nemen en dat ik niet psychotisch was, dat dit

niet mogelijk was.

Die woede vielen deed me deugd. Hem als beul zien ook...

Toen waarschuwde hij me: de crisissen zouden in de loop van de tijd heviger kunnen worden en het herstel zou langer kunnen duren en moeilijker zijn... En inderdaad, ze zijn weer voorgekomen, deze crisissen.

Hoe het ook zij, ik was niet psychotisch. Ik nam toen opnieuw contact op met een vroegere psychiater die mij van 1999 tot 2003 had gevolgd en we raakten het erover eens dat ik een schizoïde persoonlijkheidsstoornis had. Deze psychiater had me nooit gediagnosticeerd of medicijnen gegeven. Ik belandde nochtans in zijn kabinet in 1999 na een verblijf op de psychiatrische spoedafdeling.

Het was dus al duidelijk dat ik een probleem had. En dan? Geen diagnose geven, geen medicatie? Was dat een goede zaak? In 1999 was ik 27 jaar oud, mijn leven lag nog voor me, meer tijd om de storm te doorstaan, meer tijd om mijn leven weer op te bouwen...

Maar in de plaats daarvan bleef ik verder leven met "weet ik veel wat er met me aan de hand is". Ik trachtte zo goed en zo kwaad als het ging te functioneren maar dat lukte niet bijster goed... Ik had wanen op de achtergrond en niemand merkte het op, tenminste ik niet. En dan die constante achterdocht die mijn bestaan bemoeilijkte: het gevoel te worden afgeluisterd en dat men op het werk met mijn computergegevens knoede. Ik zag en hoorde vreemde dingen en ik was de hele tijd op mijn hoede.

Dus was het eigenlijk wel een goede zaak?

Wie dit leest, zal wellicht denken: ze is boos op degene die haar heelt gediagnosticeerd en medicijnen voorschreef; ze is boos op degene die heeft geprobeerd haar een "normaal" leven te laten leiden.

Nee toch niet, ik ben 47 jaar en ik neem niemand meer iets kwalijk. Het kostte me 20 jaar om met mijn aandoening te leven en er bovenop te geraken, maar ik geef niemand meer de schuld.

Psychiatrie is geen exacte wetenschap: weten wat je moet doen? Wanneer het te doen? Hoe het te doen?

De ene persoon is ook de andere niet. Niemand reageert op dezelfde manier.

De ene weg naar herstel is de andere ook niet. Het kan een korte weg zijn, of een langere.

Wat ik diep van binnen denk, is dat we het leven leiden dat we moeten leiden, precies volgens ons "persoonlijkheidstype".

Ik heb tijdens mijn levensloop veel geleerd en ik zal nog meer leren.

En om het in de woorden van Edith Piaf te zeggen: "Nee, ik heb nergens spijt van, noch van het goede dat me is aangedaan, noch van het slechte, dat maakt me allemaal niets uit."

Sylyie



Brieven van lezers: De brief van Thomas



Ik ben 19 jaar en ik wilde mijn ervaringen tijdens deze gezondheids crisis met jullie delen.

Na 5 jaar bakkerij te hebben gestudeerd aan Ceria, koos ik aan het begin van het academiejaar 2019 voor het CEFA (alternerende opleiding) en werkte ik in de leer bij een bakker in Moeskroen. Hoewel ik gepassioneerd ben door het moeilijke beroep van bakker en mijn resultaten in de theoretische lessen goed waren, ondervond ik veel stress op het werk. Dit leidde tot een hevige decompensatie en ik moest gedurende vele weken worden opgenomen in het ziekenhuis op een afdeling voor adolescenten.

Toen kwam Covid en veranderde ons dagelijks leven ingrijpend. Het ziekenhuis moest zijn bedden vrijmaken om de komst van patiënten met het virus op te vangen.

Ik ging naar huis en een paar weken later, toen ik een terugval had met onrust en angst, ging ik met spoed terug naar het ziekenhuis. Het was geen gemakkelijk parcours.

Coronatests voor je kon worden opgenomen, alleen in de gangen naar de opnameafdeling wandelen zonder de ouders, geïsoleerd worden gedurende 2 dagen zonder telefoon en wachtend op de testresultaten, geen mogelijkheid tot familiebezoek, onderbreking van de lessen op de Robert Dubois-school tijdens de ziekenhuisopname.

Het was moeilijk voor mij. Het aantal

ontmoetingen tussen jongeren was verminderd. De contacten met vrienden waren verbroken.

Toen ik uit het ziekenhuis kwam, was één ding zeker: ik wilde niet terug naar school en de bakkersstage. Te veel herinneringen aan pestertijen, te veel stress, te veel donkere gedachten.

Al heel snel kreeg ik de fantastische kans om als vrijwilliger te werken voor het OCMW van Sint-Agatha-Berchem. Ik wil hen hartelijk bedanken voor hun vertrouwen in mij. Elke dag hielp ik met het samenstellen van voedselpakketten voor de meest behoeftigen. We gingen naar de voedselbank, wachtten op onze beurt om voorraad in te slaan.

Dan, in het OCMW maakten we de pakketten klaar. Soms kon ik de tuinmannen helpen in de collectieve tuin van het OCMW. Ik legde contacten en vond het fijn om me nuttig te maken voor anderen. Dit vrijwilligerswerk hielp me mijn zelfvertrouwen terug te krijgen.

Ik realiseerde me dat ik niet de enige was die moeilijkheden ondervond en afzag. In de zomer van 2020 kreeg ik een plaats aangeboden in het dagcentrum Imago in Anderlecht.

Het was niet makkelijk om me in te passen en te begrijpen wat ik daar ging doen. Beetje bij beetje kwam ik in contact met andere jongvolwassenen die, net als ik, probeerden te herstellen en hun weg te vinden.

Vervolgens had ik in september, vóór de tweede coronagolf, de gelegenheid om voor de tweede



keer vrijwilligerswerk te doen bij een organisatie voor het vervoer van personen met een handicap en met beperkte mobiliteit. Ik kon het vrijwilligerswerk combineren met mijn verblijf in het dagcentrum.

Daar, in Solumob, werd ik hartelijk ontvangen, zowel door de verantwoordelijken als door de chauffeurs met wie ik mee mocht rijden. Ik heb een plaats gevonden tussen de anderen, ik voel me nuttig en ik vind het leuk om dienstbaar te zijn aan de bejaarden die we begeleiden naar het ziekenhuis of naar hun huisarts. Ik luister en ik ben geïnteresseerd in hun verhalen. Ik doe mijn best om hen te helpen.

En nu, na 5 maanden vrijwilligerswerk, heeft het transportbedrijf Solumob mij een

arbeidsintegratiecontract aangeboden. Ik ging niet meer naar het dagcentrum, maar bleef wel bevriend met mijn "maatjes in het centrum". Ik combineer nu het werk als begeleider met een opleiding tot ambulancier. Elke dag, als ik opsta, ben ik blij om naar mijn werk te gaan en mijn collega's terug te zien. Het gaat nu veel beter met mij dankzij dit werk en de vriendelijkheid van mijn collega's. Ik zie misschien nog steeds af, maar ik ga vooruit en kan ermee leven. Ze oordelen daar niet over mij en behandelen mij zoals iedereen.

Het vrijwilligerswerk heeft mij geleidelijk geholpen bij mijn herstel en ik zou u willen zeggen dat ik, ondanks deze ingewikkelde gezondheids crisis, elke dag op mijn werk mensen ontmoet die ik graag mag en die ik met plezier begeleid. Ik maak zelfs regelmatig koekjes en broodjes voor mijn collega's en de passagiers die we regelmatig vervoeren. Ik vind het nog steeds fijn om te bakken en dit met anderen te delen.

Ik blijf ook twee keer per maand vrijwilliger bij Cellule du coeur. We verdelen pakketten, kleding en dekens onder de daklozen in het centrum van Brussel. Als u zeep, tandenborstels, douchegeels, hygiëneproducten, eau de toilette, ondergoed, handdoeken, mutsen, sjaals hebt, kunt u die naar mij sturen (via het Brussels Platform voor Geestelijke Gezondheid). Ik stop ze in mijn caddy en herverdeel ze met mijn team van vrijwilligers.

Alvast bedankt mocht u mijn verhaal publiceren in de Schieve Niouz krant! Ik zal mijn collega's en vrienden de krant laten lezen!

Thomas uit Brussel