

Jaarverslag 2015

ANTONIN ARTAUD vzw

« mais réel,
toujours vrai »

Antonin Artaud

In memoriam

De langdurige afwezigheid door ziekte van Dr. Françoise Van Halteren, en uiteindelijk haar overlijden op 16 november 2015, heeft zwaar gewogen op de dienst.

Françoise werkte sinds 2000 in de organisatie en was een zeer aanwezige psychiater – zowel voor haar patiënten als voor de collega's. Ze laat een grote leegte achter.

De raad van bestuur is Dr. Van Halteren zeer erkentelijk voor de jarenlange inzet en betrokkenheid in de ontwikkeling van de organisatie.

Tevens wenst ze de equipe te bedanken voor de professionele wijze waarop ze in deze moeilijke omstandigheden de zorg voor de patiënten is blijven opnemen.

Door het overlijden van Dr. Françoise Van Halteren, werd de dienst geconfronteerd met het structurele tekort aan psychiaters. Françoise werd vervangen door Dr. Bernadette Goffart voor 1/3 van de tijd die Françoise presteerde. Voor de niet ingevulde uren vonden we tot nu toe geen vervanging.

Dit heeft onmiddellijk een gevolg zowel op de werklust als op de invulling van het werk. Het aantal nieuwe patiënten dat kon instromen werd mede daardoor sterk verminderd.

De huidige financiële regelingen voor de psychiaters in loondienst van een Dienst voor Geestelijk Gezondheidszorg, maakten dat deze diensten de concurrentie met residentieel werkende psychiaters niet kunnen aangaan.

Op korte termijn is het te verwachten dat de psychiatrische functie minder dan nu kan ingevuld worden. Dit betekent een reëel risico voor de werking van deze dienst.

I. Situering van de dienst

1. HISTORISCHE ONTWIKKELING

De dienst is 40 jaar geleden ontstaan geïnspireerd door de grote bekommernis van haar stichters om de hulp en de zorg voor personen met ernstige en langdurige psychiatrische problemen te de-institutionaliseren. Ze deden dit door concrete initiatieven voor ambulante zorg te organiseren, en door bijzonder aandachtig te zijn voor de wijze waarop de zorg en hulp aan personen werd aangeboden. Aandacht voor de vraag en behoefte van de cliënt, maximaal respect voor privacy en rechten van de cliënt, op zoek naar emancipatorische omgangsvormen met de cliënt, zijn de waarden en doelstellingen waarbinnen steeds geprobeerd is te functioneren, en waarbinnen nieuwe initiatieven en keuzes gekaderd worden.

2. ONTSTAAN

De dienst bestaat sinds 1989 als onafhankelijke dienst voor geestelijke gezondheidszorg. Voordien maakte de dienst het curatief gedeelte uit van het “Centre de Jour - Club Antonin Artaud”.

Het splitsen van de twee diensten gebeurde omwille van de veranderde wetgeving waardoor het nodig werd de twee diensten onafhankelijk van elkaar te organiseren. Sinds 1988 zijn er tussen de beide vzw's geen administratieve banden meer.

Van begin af aan heeft de organisatie er steeds voor geopteerd om de dienst toegankelijk te laten zijn voor bewoners uit de tweetalige gemeenschap van Brussel. Om dit mogelijk te maken is de dienst zo georganiseerd dat Nederlandstalige en Franstalige hulpverleners in één equipe werkzaam zijn. Dit biedt de garantie dat de hulpverlening gebeurt in de taal van de patiënt.

De dienst is erkend als bicommunautaire instelling door de Gemeenschappelijke Gemeenschaps Commissie en wordt hierdoor gedeeltelijk gesubsidieerd voor de personeelskosten en voor de werkingskosten.

De voorbije jaren heeft de dienst zich steeds kunnen inschrijven in nieuwe initiatieven die de overheid nam in het kader van hervormingen van de psychiatrische zorg.

In 1993 werd onze activiteit van “begeleiding aan huis” erkend als een initiatief voor Beschut Wonen.

In 2000 werd onze activiteit van het “organiseren van overleg” voor erkend als Project Psychiatrische Thuiszorg.

In 2010 werd ons voorstel van “Therapeutisch Project” dat zich richtte naar personen met ernstige psychiatrische problemen die zich in een transitiefase bevonden, erkend.

In 2013 werd ons projectvoorstel tot netwerkvorming erkend binnen het artikel 107.

Deze erkenningen of projecten werden steeds met partners georganiseerd waardoor het succes hiervan gedeeld is met - dikwijls – vele andere organisaties.

3. GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG EN MAATSCHAPPELIJKE OMGEVING

De dienst voor geestelijke gezondheidszorg ligt in het centrum van Brussel in een wijk waar een concentratie bestaat van gemeubelde appartementen en slecht onderhouden huurhuizen. Naast deze situatie op de privé huurmarkt, is de woonomgeving verder gekenmerkt door een zeer groot aantal sociale woningen.

Het is een wijk die door de goedkope huisvesting en door de anonimiteit die ervan uitgaat een aantrekkingspool is voor marginale, vereenzaamde en maatschappelijk kwetsbare mensen. Het is dan ook een stadsdeel met een zeer specifieke bevolking.

Een groep mensen die door economische, sociale, urbanistische, culturele redenen, relationele ontwikkelingen, en individueel psychologische dynamiek een zeer grote kans hebben op het ontwikkelen van lichamelijke en psychologische klachten.

Ondanks het proces van de stedelijke vernieuwing van de buurt, blijft onze doelgroep zeer aanwezig in deze omgeving.

Door onze doelstelling om geestelijke gezondheidszorg aan te bieden voor de mensen die in deze omgeving wonen, stellen wij vast dat de groep mensen die we bereiken verschilt van de gemiddelde populatie die andere diensten geestelijke gezondheidszorg bereiken.

4. RECENTE EVOLUTIE VAN DE DIENST

De voorbije jaren is de evolutie van de dienst gekenmerkt door het verdiepen van de zorg voor cliënten met chronische en complexe psychiatrische moeilijkheden, die zeer dikwijls ook zeer grote sociale problemen met zich meebrengen.

We slagen er ook steeds beter in om het aanbod van de dienst breder en fijnmaziger te maken.

De volgehouden bezorgdheid van de equipe om zorg af te stemmen op de impliciete en expliciete noden van de cliënten kenmerkt de organisatie.

We hebben de voorbije jaren ook in alle rust kunnen verder werken aan het uitbouwen van het aanbod dat o.i. een noodzakelijke aanvulling betekent voor de zorg die de dienst aanbiedt op gebied van consultatie en sociaal werk. De beschikbaarheid van goed opgeleide medewerkers in de methodiek van het overleg, de ervaringen in het ontwikkelen van netwerking, en de mogelijkheid om het concept van het Beschut Wonen mee te kunnen ontwikkelen, zijn voor een equipe waardevolle complementaire ervaringen die bijdragen tot de uitbouw van een ambulante aanbod dat zich zonder tijdsbeperking aanbiedt aan personen met ernstige, langdurige psychiatrische problemen. Langdurige zorg georganiseerd

vanuit een Dienst Geestelijke Gezondheidszorg gaat verder dan consultatie, medicatie en sociaal werk, maar moet rekening houden met wonen, activiteit en het faciliteren van contact.

5. SOCIALE PSYCHIATRIE

Wij situeren onze activiteiten binnen de Sociale Psychiatrie die wij als volgt definiëren.

Sociale Psychiatrie is de multidisciplinaire activiteit die ertoe bijdraagt dat personen met ernstige en langdurige psychiatrische klachten de nodige zorg krijgen zodat ze zelfstandig kunnen wonen in hun eigen context.

Hierbij dienen de volgende kwalitatieve dimensies in hoge mate gerealiseerd te worden:

- **Afgewogen zorg:** Op zoek naar de gepaste zorg (frequentie, aard, en verstrekker,...) die een cliënt nodig heeft om zijn eigen doelstellingen te bereiken.
- **Maatschappij gericht:** Er wordt maximaal gebruik gemaakt van de gewone maatschappelijke voorzieningen die voor alle burgers normaal toegankelijk zijn.
- **Gedeïstitutioniseerd:** Deze zorg wordt geboden met zo weinig mogelijk regels die vreemd zijn aan de behoeften van de persoon.

Om dit te doen hanteren we specifieke methodieken. Deze methodieken worden vooral gekenmerkt door dat ze inspelen op de behoeften van de cliënten en zijn daardoor vooral vanuit pragmatisch handelen ontwikkeld.

Inspelend op de initiatieven van de Federale Overheid om ziekenhuisopname te beperken, zowel in het aantal als in de duur ervan, zijn er nieuwe inzichten en ambities gegroeid die er op korte en op lange termijn moeten toe bijdragen dat het ambulante aanbod voor personen met ernstige en langdurige psychiatrische problemen verder kan ontwikkelen en een reëel aanbod tot rehabilitatie en re-integratie.

In deze zin wordt gedacht aan het ontwikkelen van een laagdrempelig toegankelijke ontmoetingsplaats in de omgeving.

II. DGGZ Antonin Artaud CSM

RAAD VAN BESTUUR

Philippe Henneaux (F)	voorzitter	- vanaf 15.10.2015 ondervoorzitter
Jan Snacken (N)	ondervoorzitter	- vanaf 15.10.2015 voorzitter
Marijke Bosserez (N)	penningmeester	
André De Becker (N)		
Caroline Degols (N)		
Mark Verlinden (F)		
Stephane De Smet (F)		

SAMENSTELLING EQUIPE

Psychiaters

Renilde Bocken (N)	geneesheer- directeur
Françoise Van Halteren (F)	ziekterlof sinds 01.01.2015, overleden 16.10.2015
Bernadette Goffart (F)	vervanging F. Van Halteren 10.02.2015 - 09.05.2015

Psychologen

Marianna Bianchini (F)	vervanging F. Stockhem van 02.06.2015 t.e.m. 02.03.2016
Steven Baeke (N)	
Patrick Janssens (N)	administratief coördinator
Frédérique Stockhem (F)	afwezig tot 02.06.2015
Marie Vuidar (F)	

Sociaal verpleegkundigen

Marijke Buyse (N)
Sonja Van Cauwenberg (N)

Maatschappelijke werkers

Olivia Carlier (F)	vervanging Marjorie Decock van 16.12.2014 - 22.11.2015
Marjorie Decock (F)	profylactisch zwangerschapsverlof 15.10.2014 - 23.11.2015
Véronique Demotte (F)	
Greta Leire (N)	
Michaël Mihaly (N)	

Psychiatrisch verpleegkundige

Nico Derycker (N)
Inge Kooy (F)

Administratie

Hildegarde Ufitamahoro (F)
Els Swillens (N)

Poetsvrouw

Saadia Fahmi (F)	ziekterlof sinds 11.06.2014
Noël Gamélé Nonome (F)	vervangt Saadia Fahmi sinds 01.09.2014

Regelmatig nemen personeelsleden van de Dienst Geestelijke Gezondheidszorg taken op die zich eerder in de activiteiten van de het pilootproject Psychiatrische Thuiszorg situeren (PsyCoT). Dit gebeurt omwille van specifieke competenties die we bij deze personeelsleden vinden en indien aangewezen hiervoor kunnen inzetten. Dit is mogelijk omdat de verschillende organisaties onderling flexibele relaties ontwikkelen.

1. BASISACTIVITEIT

Het is vanzelfsprekend dat een werking die zich toelegt op het bieden van ambulante geestelijke gezondheidszorg voor mensen met ernstige en langdurige psychiatrische problemen op een specifieke wijze georganiseerd is.

Deze zorg is langdurig en heeft dus geen tijdsbeperking. We organiseren deze zorg rond de volgende dimensies en kenmerken.

1. Doelstelling

Vanuit de ontstaansgeschiedenis was de dienst vooral gericht op het werken met mensen met ernstige langdurige psychiatrische klachten die thuis woonden, of opnieuw zelfstandig wilden gaan wonen. Een belangrijk uitgangspunt is steeds geweest dat we zoveel mogelijk zorg, en hulp tot verandering aanbieden binnen een ambulante kader. We stellen vast dat personen die regelmatig langdurige psychiatrische opnames hebben gehad, steeds minder de mogelijkheid hebben om de eigen doelstellingen te realiseren of na te streven en dit om velerlei redenen. Anderzijds menen we dat een eerste aspect dat tot reïntegratie leidt eruit bestaat om deze mensen terug het gevoel te kunnen geven hun eigen leven in eigen handen te hebben en hun eigen beslissingen terug zelf te mogen nemen. Het is dit proces dat we in onze concrete werking ondersteunen. Hulpverlening staat hierbij zowel in het kader van cure- als in het kader van care- geïnspireerde activiteiten.

Dit is een groep patiënten waarbij begeleiding langdurig is en mogelijk nooit echt kan worden afgesloten.

De hulpverlening die we bieden wordt als volgt gekenmerkt:

1.1. De hulpverlening gebeurt ambulante en mobiel.

Het grootste deel van mensen komt voor de begeleiding naar de dienst. Indien aangewezen worden patiënten thuis bezocht. Afhankelijk van de problematiek gaat de sociaal assistent, de verpleegkundige, de psycholoog of de psychiater op huisbezoek.

Het huisbezoek is een essentiële methodiek in de langdurige zorg, zowel op het inhoudelijke, formele vlak als op het relationeel en symbolische vlak.

- Kennis van de leefomgeving geeft relevante bijkomende informatie over de reële leefomgeving van de persoon, en draagt bij tot het inschatten van de mogelijkheden. Daarnaast helpt het om proactief de situatie van de persoon in te schatten.
- Daarnaast houdt enerzijds het bezoek door de persoon aan de dienst, en anderzijds het bezoek van de hulpverlener aan de persoon, de relatie beter in evenwicht. Het nastreven van een zekere symmetrie in deze activiteit is ons inziens belangrijk om de langdurige relatie mogelijk te maken.
- Dat de persoon zelf ook de dienst “bezoekt”, en niet slechts wacht op het huisbezoek, draagt ook bij tot het mee verantwoordelijk houden van de persoon voor zijn begeleiding.

- Het huisbezoek wordt ook gehanteerd bij aanvang van de begeleiding in de opbouw van een vertrouwensrelatie bij personen die moeilijk in begeleiding stappen.
- Bijna 1/4 van onze activiteiten met cliënten gebeurt buiten de dienst, hetzij op huisbezoek, hetzij samen met de cliënten op een andere dienst, administratie of organisatie.

1.2. De hulpverlening is goed toegankelijk

De dienst is alle werkdagen open tussen 9.00 en 18.00 zonder onderbreking. Tijdens de openingsuren is er altijd een hulpverlener van permanentie. Indien aangewezen kan iemand onmiddellijk onthaald en ontvangen worden.

De betaling van psychiatrische consultaties gebeurt via het derde betalings-systeem. Onze ervaring is dat dit bijdraagt tot het gepast gebruik van psychiatrische consultaties. Psychologische consultaties kosten maximaal 5 euro, en zijn gratis indien aangewezen.

Wij hanteren geen wachtlijsten. Personen die beroep op ons doen en die op ons werkgebied wonen, worden in een eerste gesprek onthaald. Als op de vraag tot consultatie of begeleiding niet binnen een redelijke termijn kan geantwoord worden, verwijzen we hen naar andere hulpverleners.

1.3. De hulpverlening is flexibel

In de langdurige psychiatrische zorg is flexibiliteit bij het ingaan op vragen van personen essentieel. We menen dit te realiseren door naast het basispakket geestelijke gezondheidszorg dat bestaat uit sociale begeleidingsgesprekken, verpleegkundige zorgen, psychologische begeleiding, psychologische diagnostiek, psychiatrische consultaties, een brede waaier van minder vanzelf-sprekende tussenkomsten, hulpverlenings- en begeleidingsvormen op te nemen.

1.4. De hulpverlening is multidisciplinair en meerder hulpverleners zijn betrokken.

Langdurige zorg is per definitie gedeelde zorg. Het is een bewuste keuze om de zorg zoveel mogelijk te delen met andere hulpverleners. In de eerste plaats is dit het geval binnen de eigen dienst waar interdisciplinair wordt gewerkt.

Daarnaast wordt er beroep gedaan op allerlei andere diensten die bepaalde delen van de zorg kunnen opnemen. Dit zijn in de eerste plaats diensten uit de eerste lijn.

Gedeelde zorg dient ook gecoördineerd te worden. Hiervoor doen we beroep op collegae die we solliciteren voor het organiseren en continueren van overlegvergaderingen. De cliënt is hierbij steeds aanwezig.

1.5. De bestaande hulpverlening kan voldoende omgaan met crisis en onverwachte situaties.

Dagelijks tussen 9:00 en 18:00 uur is een hulpverlener van permanentie. Hoewel we op afspraak werken, wordt de permanentie veel gesolliciteerd. Ze is er in de eerste plaats om dringende situaties waarin onze cliënten kunnen terechtkomen of behoeften die ze hebben vlot op te vangen. De hulpverlening is hierdoor snel en eenvoudig bereikbaar en beschikbaar. Het is één van de pijlers in het functioneren van de dienst.

1.6. De hulpverlening is proactief.

De hulpverleners moeten anticiperen op situaties die zich hoogstwaarschijnlijk kunnen voordoen, waarbij de patiënt hier eigenlijk niet actief mee bezig is. In dit geval is aandachtig blijven voor de onmiddellijke vragen of noden en anderzijds de nodige of aangewezen initiatieven nemen of tussenkomsten doen de opdracht en de uitdaging.

1.7. De hulpverlening wordt geboden in de nabije woonomgeving van de patiënt.

In de gedachtegang dat de langdurige zorg best georganiseerd wordt in de woonomgeving van persoon, is de volgende logische stap dat de actieradius van onze tussenkomsten eerder beperkt is tot een redelijke perimeter rondom het centrum. Hierbij gaan we ervan uit dat niet alleen de persoon op het centrum moet geraken, maar dat de hulpverlening eveneens bij de persoon moet geraken, en dat dit niet teveel verplaatsingstijd neemt.

1.8. De hulpverlening is methodisch georganiseerd.

In het werken met personen met ernstige psychiatrische problematiek is coherentie in de aangeboden zorg een belangrijke uitdaging. Omdat niet alleen de hulpverleners van de eigen dienst, maar ook hulpverleners van andere diensten betrokken zijn in de zorg, is het belangrijk om onderling goede afspraken te maken rond de doelen van persoon en de verwachtingen bij de hulpverleners. Om dit te bereiken maken we gebruik van de methodiek van het casemanagement, en van de overlegmethodiek.

- Casemanagement: In het casemanagement heeft de hulpverlener een centrale plaats in het mee-organiseren van de hulpverlening. Hij is diegene die het geheel coördineert, maar ook diegene die de continuïteit van de hulp garandeert als die in verschillende periodes plaatsvindt. Binnen de eigen dienst werkt de case manager samen met de andere hulpverleners die ieder vanuit een eigen deskundigheid, met eigen opvattingen en mogelijkheden, daarin begeleid door de case manager komen tot een vorm van integrale hulpverlening.
- In de samenwerking met andere diensten is er voor de case manager sprake van zeer verschillende activiteiten. Het betreft zowel coördinatie als bemiddeling, verwijzing, belangenbehartiging, advisering, ...

- Voor case-management voorzien we dat één voltijdse hulpverlener (case manager) voor tien patiënten in deze vorm van hulpverlening kan voorzien.
- Het is een methode die voornamelijk in de aanvangsfase van een hulpverleningsproces wordt gehanteerd.
- Overlegmethodiek: De overlegmethodiek wordt vooral gehanteerd bij personen die door verschillende hulpverleners uit meerdere organisaties simultaan wordt geholpen en begeleid. Het is een methode die moet bijdragen tot een met de persoon afgestemde en overlegde zorg. Onze ervaringen leidden ertoe rond de overlegmethodiek een specifieke werking te ontwikkelen die deze methodiek ook voorstelt aan hulpverleners die geconfronteerd worden met personen met ernstige psychiatrische problemen binnen de eerste-lijnszorg. De werking werd erkend als een project voor Psychiatrische Thuiszorg. Hierop wordt verder in het jaarverslag op doorgegaan.

1.9. De hulpverlening verloopt transparant, de patiënt heeft invloed op de zorg.

Hoewel vanzelfsprekend, is deze doelstelling moeilijker te realiseren, omdat het de meest kwetsbare kant van de persoon raakt. We werken vooral met personen die weinig ziekte-inzicht hebben, die dikwijls weinig direct communiceren en die daarenboven ernstige moeilijkheden hebben met maatschappelijk geregelde processen. Daar tegenover staat dat de problemen waarvoor ze gesteld worden, meestal actieve tussenkomst van de persoon veronderstellen.

1.10. De hulpverlening wordt aangeboden zonder door de hulpverlening gestelde tijdslimiet.

Personen met ernstige langdurige psychische klachten zijn aangewezen op zorg die zonder door de hulpverlening gestelde tijdslimiet. Dit is een uitgangspunt.

In de praktijk betekent dit dat de hulpverlening over de jaren heen, qua intensiteit en frequentie fluctueert. Personen waarvoor de zorg gestabiliseerd geraakt, doen normalerwijze minder beroep op de zorg. Periodisch kan er nood zijn aan meer zorg en meer intensieve zorg. Dit is kenmerkend voor langdurige zorg, de dienst is hierop georganiseerd, en kan deze momenten van hogere intensiteit en frequentie aan.

1.11. De hulpverlening investeert in de relatie

In contact komen, en in contact blijven met personen met ernstige psychiatrische problemen is niet altijd eenvoudig. Dit heeft meerdere aspecten:

- Vanuit de maatschappelijke realiteit waarin mensen dikwijls terecht zijn gekomen, gecombineerd met de specifieke eigen coping van de persoon, zijn sociaal- administratieve en financiële problemen dikwijls een belangrijke reden voor een eigen eerste aanmelding. Indien deze problemen ook symptomatisch zijn in de ganse problematiek van de persoon

die zich bij ons aanmeldt, gaan wij dikwijls in op de vraag deze moeilijkheden op te lossen. Het is vaak het eerste en enige contact dat deze mensen met hulpverlening hebben.

- Een andere concretisering van het belang van het contact met deze personen “op te zoeken” is de bereidheid om de eerste contacten van een begeleiding op te starten tijdens de ziekenhuisopname of in de instelling waar mensen op dat moment verblijven.
- Als cliënten worden opgenomen in een ziekenhuis, houden we eraan om hen regelmatig te bezoeken, en onze inzichten te delen met de hulpverleners van de voorziening waar de persoon tijdelijk verblijft. Onze ervaring is dat dit bijdraagt tot het verkorten van de opnameduur.

1.12. Bewindvoering

Veel patiënten hebben naast andere problemen ernstige moeilijkheden in het beheren van hun finances. Meer dan vroeger, gebeurt dit in samenwerking met een door de rechtbank aangestelde bewindvoerder.

Indien de sociale begeleiding – ook budgetbegeleiding impliceert – draagt het inzetten van de bewindvoerder bij tot eenduidigheid en transparantie. Het is de vrederechter die bewindvoering oplegt, het is de bewindvoerder die de keuzes maakt en het is de hulpverlener die uitvoert. Deze duidelijkheid is essentieel in de langdurige zorg waarbij het vertrouwen in de zorgverlener buiten discussie moet kunnen staan.

2. SPECIFIEKE OPDRACHTEN

Bij de erkenning van de dienst, werden tevens 2 specifieke opdrachten geformuleerd, nl “begeleiding van personen met ernstige psychiatrische problemen”, en “psychogeriatric”.

De voorbije jaren zijn gaandeweg deze twee opdrachten uitgegroeid tot de zwaartepunten van onze activiteiten. Steeds meer richten we ons op de ambulante zorg voor deze twee doelgroepen, waardoor onze methodieken voor deze begeleiding beter uitgewerkt zijn. Momenteel kunnen we nog moeilijk beweren dat dit slechts bijkomende opdrachten zijn.

Voor de twee doelgroepen zijn de ontwikkelde methodiek in de ambulante geestelijke gezondheidszorg gepaste instrumenten. Dit maakt ook dat we geen onderscheid maken op basis van leeftijd. Bejaarde psychiatrische patiënten worden verder begeleid, of komen voor het eerst in contact met de dienst. Er is geen uitsluiting omwille van leeftijd nodig, omdat de kenmerken van de begeleidingsmethodiek aansluit bij de noden van deze patiënten. Meer dan 15 % van de personen die we begeleiden zijn ouder dan 60 jaar.

3. NETWERKOPBOUW

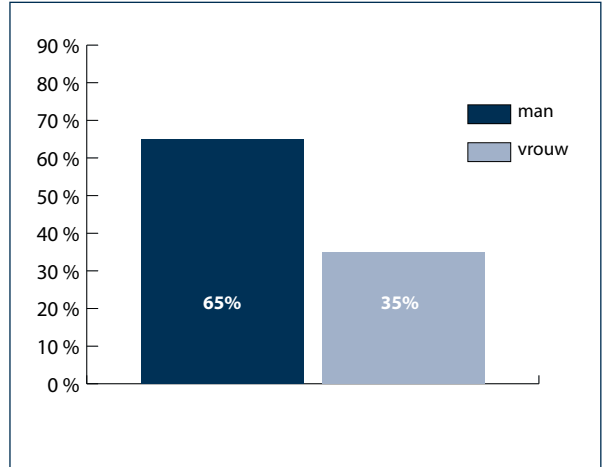
- De dienst is sinds meer dan 35 jaar gevestigd op dezelfde plaats. Wij willen een dienst geestelijke gezondheidszorg integreren in het hulpverleningscircuit van de omgeving. Wij hebben veel formele en informele contacten met de andere ons omgevende sociale voorzieningen in de ruimste zin. Naar onze begeleidingen toe, maakt dit het ons mogelijk gericht te verwijzen voor bijkomende zorgen, diensten of activiteiten, en op die manier bij te dragen tot het maken van een sociaal netwerk rond patiënten. Vlotte en frequente contacten met andere diensten en voorzieningen allerhande, vergemakkelijken samenwerking en verwijzing en dragen bij tot vroegtijdige tussenkomst. Het is rond deze pool dat onze deelname ook dient gezien te worden in werkgroepen rond samenleving en buurtopbouw. We werken - op regelmatige basis - samen met een 50-tal diensten allerhande.
- De initiatieven rond het project psychiatrische thuiszorg (PsyCoT), het Therapeutisch Project (Hermes) en het netwerk (HERMESplus) hebben ons de voorbije jaren veel contacten geleverd met diensten uit zowel de eerste, tweede en derde lijns-gezondheidszorg. In al deze projecten worden de mogelijkheden van de ambulante Geestelijke Gezondheidszorg in de zorg voor personen met ernstige en langdurige psychiatrische problemen aangeboden, voorgesteld en verder ontwikkeld.

6. CIJFERS

In de loop van 2015 hadden we 153 actieve dossiers.

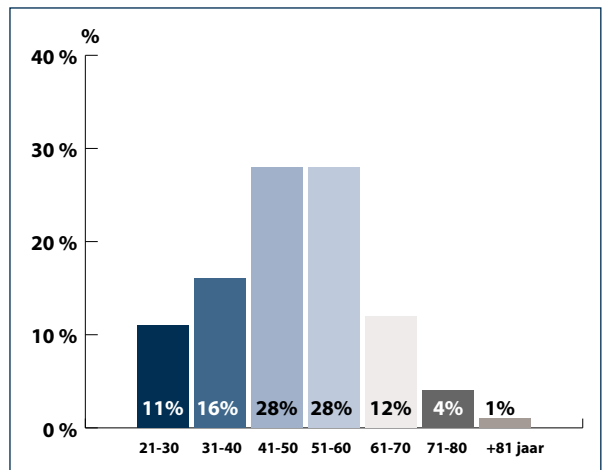
Geslacht

Mannen vormen ruim de belangrijkste groep van de cliënten.



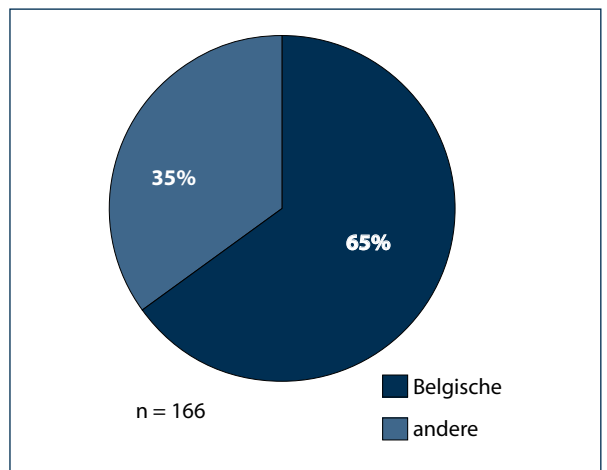
Leeftijd

Meer dan 15% van de personen is ouder dan 61 jaar. We komen ook meer in contact met jongere personen.



Nationaliteit

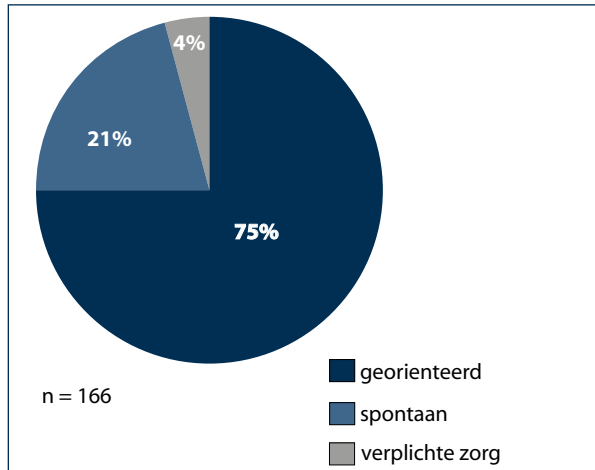
1/3 van onze patiënten heeft een andere nationaliteit dan de Belgische.



Eerste aanmelding

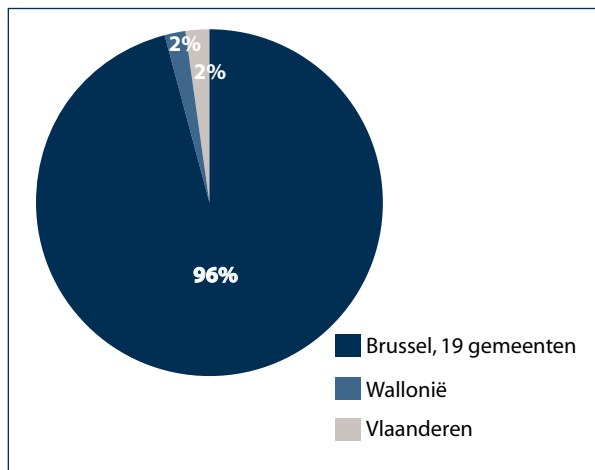
De meeste personen worden naar ons door andere hulpverleners geïntereerd. Toch komt 1/5 van de personen met ons in contact op informele wijze.

4 % van de begeleidingen verlopen in een gedwongen kader.



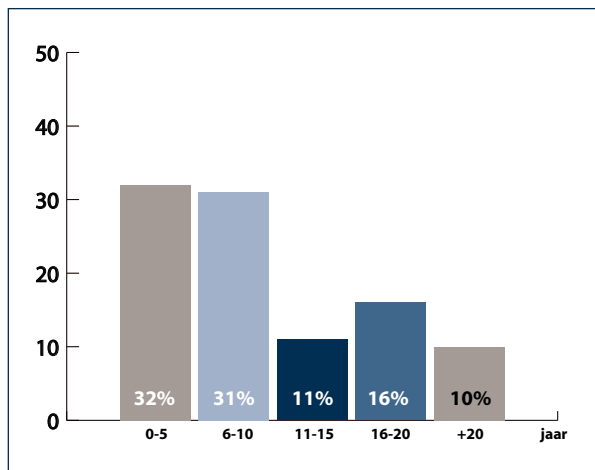
Domicile

Van de personen uit de 19 gemeenten, is bijna 70 % afkomstig uit 1000 Brussel. De andere komen voornamelijk uit de naburige gemeenten



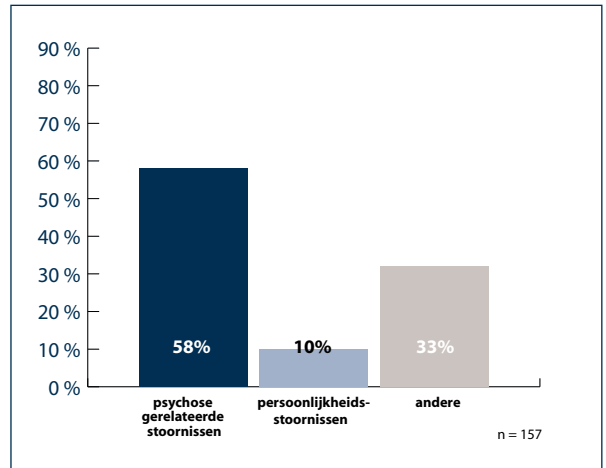
Duur van de begeleiding

Bijna 70 % van de personen is langer dan 5 jaar in begeleiding.



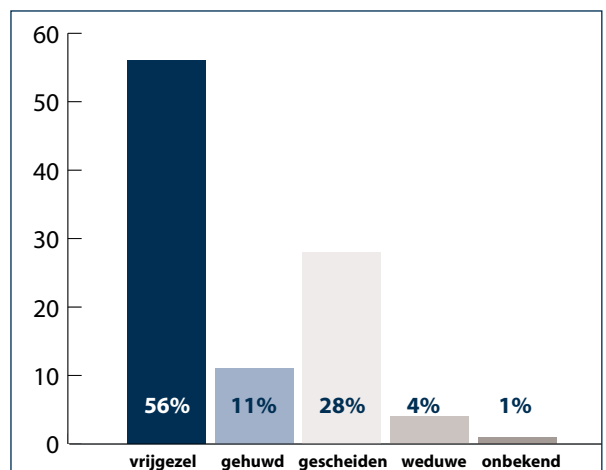
Diagnose

60% van de personen hebben psychose gerelateerde stoornissen.



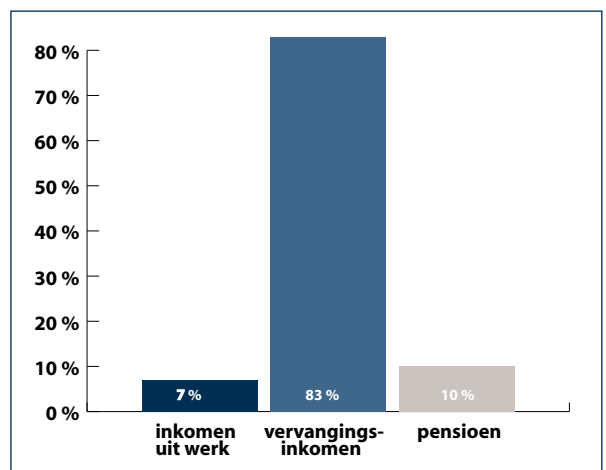
Burgerlijke staat

Slechts 11% is gehuwd.



Bron van inkomen

Slechts 7% van de personen hebben een inkomen uit werk. 83% heeft een vervangingsinkomen, 7% meldt zich aan zonder inkomen.



III. PsyCoT

SAMENSTELLING EQUIPE

Steven Baeke (N)
Anaïs Mauzat (F) uit dienst op 07.07.2015
Michael Mihaly (N)
Marie Vuidar (F)

Regelmatig nemen personeelsleden van het pilootproject Psychiatrische Thuiszorg situeren PsyCoT taken op die zich eerder in de activiteiten van de Dienst Geestelijke Gezondheidszorg situeren.

Dit gebeurt omwille van specifieke competenties die we bij deze personeelsleden vinden en indien aangewezen hiervoor kunnen inzetten. Dit is mogelijk omdat de verschillende organisaties onderling flexibele relaties ontwikkelen.

1. SAMENWERKINGSVERBAND

Het project werd toegekend aan de vzw “Initiatief Antonin Artaud” op basis van een samenwerkingsakkoord met de vzw “DGGZ Antonin Artaud CSM”, het “Brussels Overleg Thuiszorg” vzw, erkend Samenwerkings Initiatief voor Thuiszorg, door de Vlaamse Gemeenschap, “COSEDI” erkende Service de Coordination de Soins Domicile door Franse Gemeenschap, “Soins Chez Soi” erkende Service de Coordination de Soins Domicile door Franse Gemeenschap, en “CSD” erkende “Service de Coordination de Soins Domicile” door Franse Gemeenschap.

Het project werd toegekend aan de vzw “Initiatief Antonin Artaud”, en werd zowel voor de inhoudelijke ontwikkeling als voor de financiële verantwoordelijkheid overgedragen aan de dggz Antonin Artaud.

2. INLEIDING

Vanuit de praktijk in de geestelijke gezondheidszorg, weten we dat veel personen met ernstige en langdurige psychiatrische klachten bekend zijn in de sociale sector. Problemen die deze cliënten dikwijls aan hun hulpverleners stellen binnen de sociale sector, worden dikwijls niet erkend als moeilijkheden die zich stellen binnen een ruimer symptomatisch psychiatrisch beeld. Daarom willen we voor deze personen de reeds geboden zorg helpen coördineren en coherent houden, zonder dat dit leidt tot het psychiatriseren van de geboden en bestaande hulp. Dit uitgesproken ondersteunen van diensten die in de eerste lijn actief zijn, sluit bijzonder aan op de doelstellingen die steeds de activiteiten van de organisatie heeft gekenmerkt.

Dit aspect van onze activiteiten wordt momenteel mee mogelijk gemaakt door de erkenning als pilootproject door de Federale Overheid.

3. DOELSTELLING

De belangrijkste doelstelling van PsyCoT is er samen met andere hulpverleners ervoor te zorgen dat de patiënt zo lang mogelijk thuis kan verblijven. De kerngedachte van het project is om de coördinatie van zorgen voor psychiatrische patiënten die thuis verblijven te stimuleren, te erkennen en te formaliseren zonder hiervoor een nieuwe voorziening te creëren. Het is de bedoeling om bestaande structuren in deze activiteiten te ondersteunen, zonder dat dit betekent dat de cliënten ook noodzakelijk geïdentificeerd of gestigmatiseerd worden als psychiatrisch patiënt.

Brussel is goed voorzien van voorzieningen die via coördinatie van zorgen beter kunnen bijdragen tot het bieden en het verder ontwikkelen van deze zorgfunctie. Deze voorzieningen situeren zich in verschillende sectoren van zowel de residentiële als de ambulante geestelijke gezondheidszorg, het residentieel en het ambulant welzijnswerk en in het maatschappelijk werk van de openbare sector. Elk van deze voorzieningen kan op de eigen specifieke wijze bijdragen tot het bieden van een inhoudelijk samenhangend geheel van gecoördineerde zorgen rond één patiënt.

Dit gebeurt in samenspraak en met akkoord van de cliënt.

4. UITGANGSPUNTEN

Bij het organiseren van thuiszorg voor personen met langdurige ernstige psychiatrische problemen hanteren we de volgende uitgangspunten:

- De plaats binnen het Brussels Hoofdstedelijk Gewest waar de cliënt zelfstandig woont (of wil gaan wonen) is de plaats waar de hulpverlening en de coördinatie ervan wordt georganiseerd door extramurale voorzieningen.
- De zorgfunctie is beschikbaar voor cliënten uit de vele culturele gemeenschappen die aanwezig zijn in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, in de taal van de cliënt, en in samenwerking met diensten of voorzieningen die goed bekend zijn met de respectievelijke culturen.
- Voorzieningen of diensten die willen bijdragen tot het organiseren en het bieden van deze zorgfunctie moeten dit kunnen doen. Diensten of voorzieningen, zowel uit de welzijnssector, de openbare sector als de geestelijke gezondheidszorg worden uitgenodigd tot het bieden van hun specifieke bijdrage in de thuiszorg, en tot het participeren aan de coördinatie ervan.
- Rond het beschikbaar stellen van deze functie zijn geen exclusiecriteria rond taal, cultuur, of ideologie.

5. METHODE

5.1. Coördinatie

PsyCoT coördineert en structureert de reeds geboden hulp en zorg. De geboden hulp of zorg wordt aangeboden vanuit verschillende voorzieningen uit verschillende sectoren. De coördinatie wordt naadloos geboden aan personen die ernstige en langdurige psychiatrische problemen hebben, die (opnieuw) thuis verblijven en die zelfstandig willen wonen.

Zowel de inhoud van de geboden zorgen als de organisatie ervan is onderwerp van de coördinatievergaderingen met de betrokken hulpverleners. De cliënt is formeel akkoord dat deze vergaderingen plaats hebben, en is aanwezig op deze vergaderingen.

Er werden 106 coördinatievergaderingen georganiseerd tussen 1 januari 2014 en 31 december 2014. Deze vergaderingen verzamelen tussen 2 en 9 hulpverleners uit de psycho-medische sociale sector (een totaal van 405 hulpverleners en/of naasten). De coördinatievergaderingen vinden plaats in de 19 gemeenten van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

5.2. Coaching

Naast de coördinatie, bieden wij aan individuele hulpverleners coaching aan. De persoon die zal coachen, is noch een supervisor, noch een therapeut. Het betreft eerder het begeleiden van hulpverleners in een moeilijke situatie opdat nieuwe wegen kunnen bewandeld worden.

In het kader van onze aanvragen en ervaring op het terrein, constateren we drie verschillende thema's:

1. Het begeleiden van hulpverleners die gedurende hun opvolging geconfronteerd worden met personen met psychiatrische problemen en waarbij de motivatie en integriteit van de hulpverlener wordt bedreigd.
2. Het geven van een concreet theoretisch kader van ziektebeelden waarmee de hulpverleners op het werkveld in contact komen.
3. Het begeleiden van de hulpverleners in een bepaald dossier, waarbij de aanwezigheid van de patiënt tijdens de coördinatievergadering niet mogelijk is.

Het coachen gebeurt in groep met al de betrokken hulpverleners. Het betreft bijgevolg geen individuele supervisie. Dit is een opdracht van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg.

Er werden tussen 1 januari 2014 en 31 december 2014 25 sessies (44 betrokken partners) georganiseerd door het team van PsyCoT. Deze sessies duren gemiddeld 1u30 en richten zich tot de hulpverleners uit de eerste lijnszorg die moeilijkheden ondervinden bij de begeleiding van een patiënt. De medewerker van PsyCoT luistert en analyseert de situatie met de hulpverleners. Ze zoeken samen naar mogelijke pistes om de kwaliteit van de zorgen te verbeteren. Het kan om individuele of groepscoaching gaan.

5.3. Sensibilisering

Recent ontwikkelde PsyCoT een aanbod naar hulpverleners werkzaam in de eerste lijn dat als doelstelling heeft een eerste kennismaking te zijn met eerder theoretische aspecten van psychiatrische problematiek. In de periode tussen 1 januari 2014 en 31 december 2014 werden er 34 sensibilisatiesessies georganiseerd. Er werden via deze weg ongeveer 175 hulpverleners bereikt van verschillende eerstelijnsdiensten. De behandelde thema's waren de hulpverleningsrelatie en de verschillende typen psychopathologieën.

Deze sessies worden telkens door 2 medewerkers van PsyCoT gegeven en duren gemiddeld 3 uur (er wordt hier geen rekening gehouden met het voorbereidende werk).

6. DEELNAME AAN HET NETWERK HERMESPLUS

In het kader van het project 107 schrijft PyCoT zich in binnen de eerste functie, die instaat voor preventie, promotie van geestelijke gezondheidszorg, vroegtijdige detectie en screening. Binnen HERMESplus gaat er specifieke aandacht naar het belang van de coördinatie van zorg indien personen door meerdere diensten gelijktijdig worden begeleid (gedeelde zorg).

PsyCoT heeft een eigen jaarverslag dat kan opgevraagd worden



IV. Hermes

“Hermes” was een door de Federale Overheid erkend Therapeutisch Project.

Het was een samenwerkingsproject tussen 22 partners dat gedurende 4 jaar erkend werd. De Therapeutische projecten werden afgesloten, maar de Dienst Geestelijke Gezondheidszorg Antonin Artaud koos ervoor om deze activiteit verder te zetten. Dit gebeurde in samenwerking met enkele oorspronkelijke partners, die er mee voor kozen om de functie “Coördinatie van zorg voor zeer geïsoleerde personen met ernstige psychiatrische problemen in een complex heroriënteringsproces”.

DAGELIJKSE LEIDING

De dagelijkse leiding gebeurde vanuit CSM Antonin Artaud door Anaïs Mauzat.

De dienst kiest ervoor om voor deze activiteit personeelsleden ter beschikking te blijven stellen vanuit de eigen middelen.

1. DOELGROEP

De activiteit richt zich naar personen die lijden aan een psychotische of bipolaire stoornis, die in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest wonen, sociaal geïsoleerd zijn, en die in een overgangsfase naar meer gepaste psychiatrische zorg zitten.

2. DOELSTELLING

“Hermes” wordt aangewend als de transitieperiode moeizaam en/of gecompliceerd verloopt. De doelstelling van het netwerk dat rond de cliënt wordt gecreëerd is ervoor te zorgen om systematisch in contact te blijven met de patiënt, en ervoor te zorgen dat de patiënt uiteindelijk terecht komt in een voorziening of een zorgomgeving die beter aansluit met de vraag en de behoefte van de patiënt.

3. TERUGBETALING DOOR HET RIZIV

Prestaties van hulpverleners die deelnemen aan coördinatievergaderingen van HERMES kunnen in bepaalde gevallen betaald worden voor hun deelname. Door de gehanteerde regels van het RIZIV komen echter maar weinig “dossiers” in aanmerking voor deze terugbetaling. De belangrijkste reden hiervoor is dat personen die voor deze activiteit worden aangemeld – ondanks hun psychiatrische problematiek - weinig antecedenten hebben in de residentiële psychiatrische zorg.

Naast de mogelijke terugbetaling via het RIZIV, is er de mogelijkheid om deelname aan overlegvergaderingen te laten vergoeden via het Brussels Overleg Thuiszorg.

4. STAND VAN ZAKEN

Nadat de “Therapeutische Projecten” erkend door de Federale Overheid waren stopgezet, hebben we de keuze gemaakt om met de eigen middelen deze activiteiten voor deze doelgroep verder te zetten.

Dit betekent dat er nog steeds coördinatievergadering plaats hebben met patiënten die meer dan twee jaar geleden instroomden.

Door de langdurige afwezigheid, en het uiteindelijke ontslag van één van de medewerkers die in hoofdzaak deze activiteit coördineerde, is de promotie voor deze activiteit tijdelijk niet opgenomen. Het is de ambitie deze activiteit opnieuw op te nemen in de loop van 2016.

De activiteit wordt nog steeds gesolliciteerd door hulpverleners – voornamelijk uit de daklozenwerking.

Tevens vormden we 7 personen in de coördinatiemethodiek die werkzaam zijn in andere diensten, en die bereid zijn om in het vroeger ontwikkelde model van samenwerking, voor deze doelgroep coördinatievergaderingen te leiden.



V. Initiatief Antonin Artaud

RAAD VAN BESTUUR

Mevr. Siska Meyer (N) voorzitter
 Dhr. Serge Zombek (F) ondervoorzitter
 Dhr. André Fryns (F)
 Mevr. Françoise Weil (F)
 Mevr. Marijke Buyse (N)
 Patrick Janssens (N)
 Philippe Hennaux (F)
 Pierre Minner (F)

SAMENSTELLING EQUIPE

Nicolaas De Groote (N) sociaal assistant
 Lilas Sakai (F) assistente psychologie - deeltijds vanaf 07.07.2014
 - voltijds vanaf 01.09.2015
 Mahdiya El-Ouali (F) sociaal assistente - deeltijdse vervanging Lilas Sakai
 van 01.07.2014 tot 31.08.2015
 Anais Mauzat (F) uit dienst op 07.07.2015
 Joyce Coppens (N) sociaal assistente
 Silvie Bastin (F) sociaal assistente - uit dienst op 31.03.2015

MEDISCH VERANTWOORDELIJKE

Dr. Renilde Bocken (N)

ADMINISTRATIEVE MEDEWERKERS

Hildegarde Ufitamahoro (F)

KLUSJESMAN

Abdelhak Jamli (F)

Regelmatig nemen personeelsleden van het beschut wonen taken op die zich eerder in de activiteiten van de het pilootproject Psychiatrische Thuiszorg situeren (PsyCoT).

Dit gebeurt omwille van specifieke competenties die we bij deze personeelsleden vinden en indien aangewezen hiervoor kunnen inzetten. Dit is mogelijk omdat de verschillende organisaties onderling flexibele relaties ontwikkelen.

1. HISTORIEK

Het was de wetgeving op de reconversie van de psychiatrie (1992) die hiertoe de echte aanzet gaf. Hierdoor werd een gedeelte van de activiteit van de DGGZ Antonin Artaud rond de begeleiding ten huize van een groep van onze cliënten vertaald in een erkenning van 18 plaatsen beschut wonen. Recent werden er 4 plaatsen bijkomend erkend. Om te voldoen aan de geldende normen voor beschut wonen hebben we 5 plaatsen moeten organiseren in een woonvorm met een gemeenschappelijke ruimte. De andere adressen zijn verspreid in onze onmiddellijke omgeving.

2. ORGANISEREND SAMENWERKINGSVERBAND

Het beschut wonen is ondergebracht in de vzw “Initiatief Antonin Artaud”, in het samenwerkingsverband “Coördinatie van Initiatieven Beschut Wonen Brussel Centrum”. De samenwerking verbindt 3 groepen op gelijke wijze, de DGGZ Antonin Artaud, De IRIS- Ziekenhuizen, en een derde partner zijnde een groep personen uit de socio-culturele wereld, extern aan de twee eerste partners.

3. INFRASTRUCTUUR

Ondanks de aanvankelijke optie personen individueel te huisvesten, diende omwille van de erkenning een aantal plaatsen gegroepeerd te worden. 22 Plaatsen beschut wonen zijn verspreid in het centrum van Brussel georganiseerd, 5 plaatsen zijn gegroepeerd georganiseerd zonder dat dit aanleiding heeft gegeven tot het verplicht op elkaar aangewezen zijn van de personen die op ditzelfde adres een flat betrekken. Ook in dit geval zijn we erin geslaagd om de essentie te bewaren. We menen dat mensen met ernstige psychiatrische moeilijkheden die dan ook intensieve en frequente zorg nodig hebben, daarvoor niet in groep moeten wonen of moeten leven in een klein residentieel kader.

Zodoende kunnen we intensieve psychiatrische zorg waarborgen met behoud van een maximale individuele vrijheid en privacy.

4. WOONFORMULES

Omdat we menen dat huisvesting een belangrijk integrerend karakter heeft, hebben we in “Initiatief Antonin Artaud” verschillende woonformules ontwikkeld. In al deze verschillende formules zijn cliënten steeds gehuisvest in volwaardige studio's of flats.

Zo zijn de plaatsen beschut wonen die dienden gegroepeerd te worden ingericht als 5 volwaardige flats. De andere plaatsen zijn gelokaliseerd op 15 verschillende plaatsen in Brussel stad.

Op deze wijze kunnen we verschillende woonvormen aanbieden in zeer verschillende wijken. Het valt ons op dat cliënten ook voor zeer bepaalde wijken kiezen, of ook zeer bepaalde wijken weigeren. De verscheidenheid die we bieden

lijkt tegemoet te komen aan reële wensen van cliënten, en ondersteunt onze overtuiging om deze personen met langdurige en complexe psychiatrische problemen ook keuzes te laten in de organisatie van de zorg die we hen kunnen bieden.

5. BASISCONCEPT

Op het verblijf in beschut wonen staat geen maximumduur. We willen niet mee ingaan op de dynamiek die o.i. te frequent terugkomt, en die ertoe leidt dat ook chronisch psychiatrische patiënten de voorziening dienen te verlaten als ze minder symptomen vertonen. We zijn overtuigd dat huisvesting en omgeving, een wezenlijk deel uitmaakt van de reïntegratie van deze cliënten in de maatschappij. Het is contraproductief om deze personen opnieuw te verplichten de voorziening te verlaten omdat ze opnieuw enigszins geïntegreerd zijn, ze zich beter voelen en minder symptomen vertonen.

6. OVERGANG

Regelmatig stellen we personen die verblijven in het beschut wonen, voor om te verhuizen naar een sociale woning in hun omgeving. Hierbij kan de begeleiding die wordt geboden door de equipe van het beschut wonen gewoon verder gezet worden door dezelfde begeleiders. De begeleiding wordt verder gezet, de woonplaats verandert. Hierdoor kunnen we cliënten vooral veel goedkoper huisvesten waardoor ze hun beperkte financiële middelen opnieuw aan andere dingen kunnen besteden. Dit draagt bij tot meer kans tot een betere levenskwaliteit. Eventueel in een latere fase kan de begeleiding worden beëindigd zonder dat dit betekent dat de cliënt opnieuw dient te verhuizen. De cliënt blijft wonen, de begeleiding stopt. We menen dat deze vorm van het beschut wonen te verlaten, reëel bijdraagt tot integratie en rehabilitatie aan het tempo en de mogelijkheden van de cliënt.

Deze werking is mee mogelijk door de samenwerkingsovereenkomst die werd afgesloten met de Sociale Woonmaatschappij Brusselse Haard. Deze instelling stelt ons een beperkte maar vaste poule van appartementen ter beschikking stelt. Deze overeenkomst houdt o.a. ook in dat indien de begeleiding door de cliënt, om welke reden dan ook, wordt afgebroken, de cliënt kan blijven wonen waar hij woont.

De organisatie krijgt dan een ander sociaal appartement ter beschikking.

De extra begeleiderstijd voor deze vijf personen, vinden we in een functie sociale maribel die we ter beschikking kregen en op deze manier invulden.

7. SAMENWERKINGSAKKOORDEN

- Om meer plaatsen beschut wonen in sociale woningen te kunnen organiseren, werd sinds kort en samen met de DGGZ Antonin Artaud een samenwerkingsovereenkomst afgesloten met de Lakense Haard. Als onderdeel van dit ruimer samenwerkingsakkoord, stelt de Lakense Haard 5 studio's of appartementen per jaar ter beschikking. Dit moet helpen betaalbare huisvesting in het centrum van de stad vlot aan te bieden.
- Op voorstel van de Brusselse Haard werd enkele jaren geleden de bestaande samenwerkingsovereenkomst rond het beschikbaar stellen van appartementen of studio's uitgebreid. De Brusselse Haard stelt hiermee jaarlijks 5 appartementen of studio's per jaar beschikbaar aan psychiatrische patiënten binnen het kader van Beschut Wonen.

Door deze samenwerkingsovereenkomsten beschikken we over 9 appartementen per jaar voor patiënten binnen het kader van Beschut Wonen. Voor deze appartementen is een beperkte wachttijd van enkele maanden. Momenteel gebruiken we deze woningen niet meer in het kader van het verlaten van het beschut wonen, maar huisvesten we patiënten van bij aanvang in deze woningen.

8. INTEGRATIE

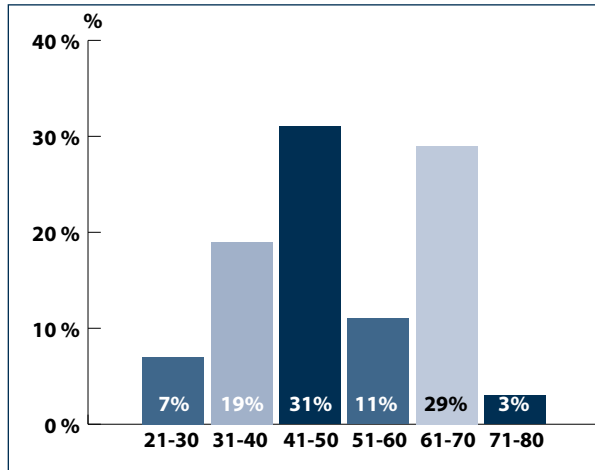
De samenwerkingsakkoorden met de Lakense en met de Brusselse Haard, geven het beschut wonen een bijzondere mogelijkheid om de woonfunctie te scheiden van de begeleidingsfunctie. We kunnen wel bemiddelen om een woning snel ter beschikking te hebben, maar het huurcontract is tussen de bewoner en de Sociale Woonmaatschappij. Dit betekent ook dat indien de begeleiding door het beschut wonen om één of andere reden wordt beëindigd. De cliënt blijft wonen in de woning die hij gedurende zijn begeleiding heeft betrokken. De patiënt verhuist niet, het is de begeleiding die "verhuist". We zijn overtuigd dat dit bijzonder bijdraagt tot de verdere integratie van de persoon in zijn omgeving.

9. ANDERE ACTIVITEITEN

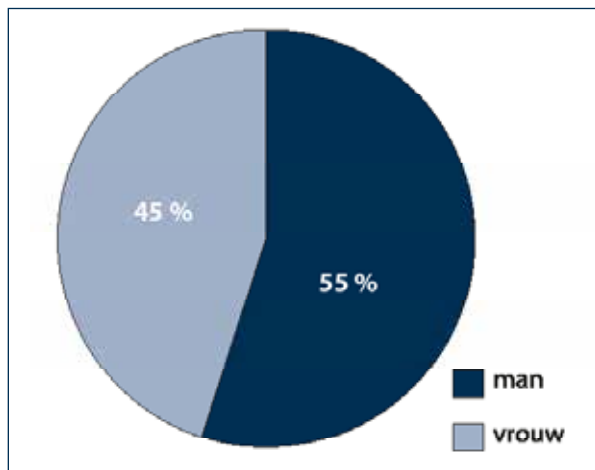
Het Initiatief Antonin Artaud neemt actief deel aan de uitwerking van het netwerk HERMESplus. Medewerkers zijn zowel actief in het ontwikkelen van "City107" als in het ontwikkelen van de "5-de functie". Met "City 107" wordt de hervorming van de psychiatrische zorg binnen het artikel 107, toegelicht en concreet gemaakt in spelvorm. Dit aanbod richt zich zowel naar hulpverleners, gebruikers als studenten. Het werd ontwikkeld met financiële steun van de Koning Boudewijnstichting, De FOD en het netwerk HERMESplus.

10. STATISTIEKEN 2015

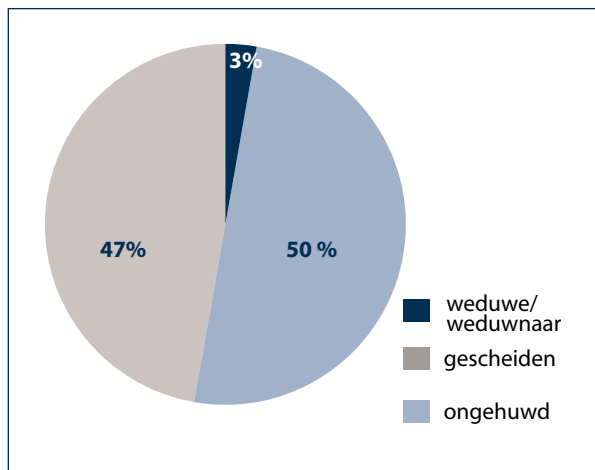
Leeftijd



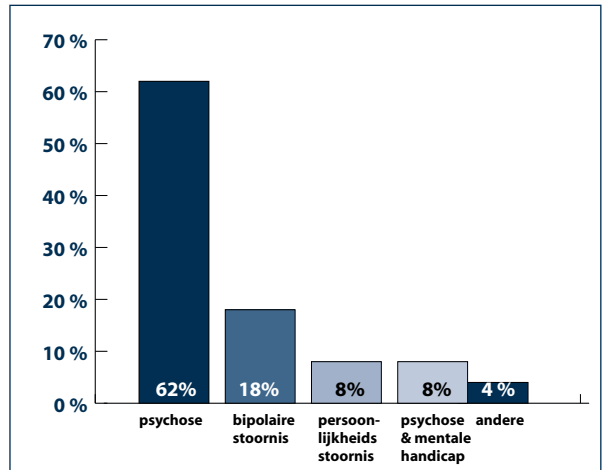
Geslacht



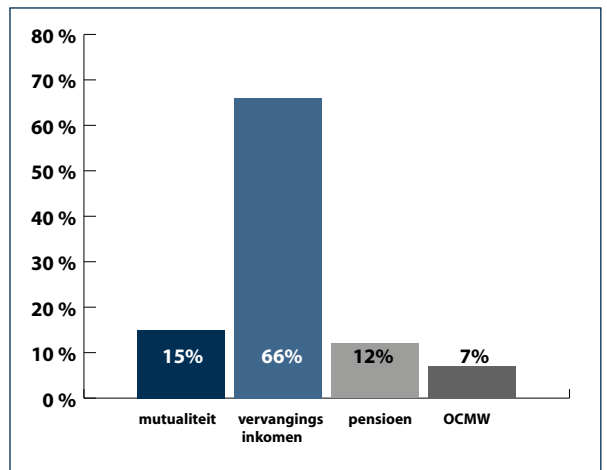
Burgerlijke staat



Psychiatrische problematieken



Bron van inkomsten



VI. HERMESplus

De Dienst Geestelijke Gezondheidszorg Antonin Artaud is samen met het Psychiatrisch Ziekenhuis Sanatia promotor van het netwerk HERMESplus. Het netwerk werd voor drie jaar erkend. 2015 was het tweede jaar van de werking.

Het netwerk organiseerde zich als vzw om meerdere redenen. De keuze werd gemaakt om het ziekenhuis als “postbus” te gebruiken voor het netwerk dat zich voornamelijk rond ambulante geestelijke gezondheidszorg wil organiseren, met daarenboven de garantie te zoeken om zich reel als een bicommunautair initiatief verder te kunnen ontwikkelen.

PROMOTOREN

DGGZ Antonin Artaud CSM

Clinique Sanatia

ALGEMENE VERGADERING

ASBL l'Equipe – (CoCof)

DGGZ Antonin Artaud (BiCo)

Clinique Sanatia (BiCo)

Initiatief Antonin Artaud (BiCo)

CGG-Brussel (VG)

COÖRDINATOREN

Greta Leire (tot 30.11.2015) (N)

Julie Sansdrap (tot 01.07.2015) (F)

Philippe Blondiau (vanaf 08.2015)

De keuze van de Federale Overheid om de psychiatrische zorg mobieler en ambulanter te maken vormt voor de initiatiefnemer en de partners de gelegenheid om de ambulante zorg in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest meer zichtbaar te maken en verder te ontwikkelen. Deze uitdaging vormt de kern van de samenwerking.

De dienst is actief in zowel de dagelijkse leiding van het netwerk als in verschillende functies van het Strategisch Comité. In de functie “mobiele langdurige zorg” wordt de werkgroep mee geleid door Patrick Janssens. Veronique Demotte is actief in het Telefonisch Onthaal dat door het Netwerk wordt georganiseerd. Anaïs Mauzat is aanspreekpunt voor organisatie van overlegvergaderingen, en de vorming van de coördinatoren van overlegvergaderingen.

Tevens stelt Antonin Artaud Greta Leira voor 3/10 ter beschikking van het netwerk voor haar functie van coördinatrice.

Jaarverslag 2015

ANTONIN ARTAUD

Dienst Geestelijke Gezondheidszorg

Grootgodshuisstraat 10, 1000 Brussel

Tel 02 218 33 76 - Fax 02 218 05 29

antonin.artaud@advalvas.be

antonio aranda