



www.hermesplus.be
info@hermesplus.be

MOVEOplus, het mobiele team voor langdurige gemeenschapsgerichte zorg

REGISTRATIECIJFERS 2021



GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE



MOVEOplus – het mobiele team voor langdurige gemeenschapsgerichte zorg

Een mobiel team voor langdurige zorg aan volwassenen dat gedecentraliseerd actief is in de gemeenten Anderlecht, Brussel en Molenbeek. Het betreft een werkingsgebied van om en bij de 300.000 inwoners.

Gedecentraliseerd

Langdurige zorg bieden aan personen met ernstige en complexe psychologische problemen is per definitie lokaal gesitueerd en lokaal georganiseerd. De mogelijkheden van de gemeenschap en van de omgeving, bepalen mee de mogelijkheden van de geboden zorg. Hulpverleners moeten daarom de buurt, de omgeving en de culturele realiteit kennen om vertrouwd te zijn met de bestaande organisaties en diensten die beschikbaar zijn. De diversiteit van mogelijkheden in deze gemeenten is groot, waardoor het aangewezen is om eerder te investeren in grondige kennis van de sociale kaart en de mogelijkheden van 1 gemeente, dan in een oppervlakkige kennis van de mogelijkheden van 3 gemeenten.

Mobiel

In deze vorm van zorg is mobiliteit een kenmerk. Dit betekent dat de hulpverleners zich kunnen verplaatsen en dus ook op huisbezoek kunnen komen. Om te vermijden dat slechts de hulpverlener mobiel is, wordt gezocht naar een evenwicht tussen de gebruiker en de hulpverlener rond het concept "mobiliteit". Als personen zich ook verplaatsen, draagt dit eveneens bij tot het participatieproces van de gebruiker naar de hulpverlening toe.

Actieve benadering

Naast de mobiliteit is de mate waarin de cliënt actief wordt benaderd, een belangrijk kenmerk van de langdurige mobiele zorg. Voor een groep personen die door hun gedrag vervreemd geraakt is van hulp en sociale voorzieningen, wordt door een actieve benadering door de hulpverlening escalatie in dit proces vermeden. Hiermee wordt vermeden dat een vertekend wereldbeeld bij de persoon, leidt tot vervreemding en uitsluiting van normale maatschappelijke processen. Het heeft zin om vroeg in de keten van uitsluiting actief contact te zoeken met de persoon en met hem alternatieven aan te ontwikkelen.

Ankerpunt In een bestaande dienst

De hulpverleners die mobiel inzetbaar zijn, hebben hun standplaats in een bestaande dienst. Dit zijn voornamelijk centra voor geestelijk gezondheids-

zorg, maar - ter exploratie - werden ook enkele personen toegevoegd aan een mobiel team rond verslavingszorg en aan een medisch huis. Voor centra geestelijke gezondheidszorg verhoogt dit de mobiliteit van hun aanbod. Tevens draagt dit ertoe bij dat gebruikers vlotter naar andere disciplines - die eveneens beschikbaar zijn in deze centra - worden georiënteerd. Uiteindelijk is het de bedoeling dat het mobiel team voor langdurige zorg naadloos samenwerkt en uiteindelijk overdraagt aan de multidisciplinaire teams die zonder tijdsbeperking de verdere opvolging van de persoon kunnen realiseren.

In samenwerking met een medisch huis zoeken we uit in welke mate personen met psychologische problemen die daar bekend zijn (opnieuw) toegankelijk worden voor psycho-sociale hulp. Een deel van het cliënteel in deze structuren, heeft naast de fysische geneeskunde behoefte aan disciplines die niet - of in beperkte mate - beschikbaar zijn in het medisch huis. Dikwijls betreft het personen die negatieve ervaringen hebben met residentiële psychiatrische zorg. Hier proberen we de vertrouwensrelatie met de huisarts te gebruiken als opstap naar anders gespecialiseerde zorg.

De samenwerking met een mobiel team rond verslavingszorg rendeert omdat regelmatig personen met psychologische problemen dikwijls ook afhankelijkheidsproblemen ontwikkelen. De kennis rond deze problematiek is een meerwaarde voor de medewerkers mede omdat de verslavingszorg zich eerder als een apart gespecialiseerde zorg heeft ontwikkeld.

Continuïteit

De belangrijkste doelstelling op lange termijn is om vooral aansluiting en continuïteit te realiseren. Het ontwikkelde zorgsysteem is georganiseerd voor doorsnee personen die zelf zorgen voor de aansluiting en continuïteit in de geboden zorg. De groep personen waarvoor langdurige psychiatrische zorg met een mobiel team wordt georganiseerd, kan dit minder goed of is hier niet toe in staat.

Oriënteringen naar MOVEOplus

In 2021 kreeg het Platform voor Mobiele Zorg "MOVEOplus", 107 aanmeldingen voor een begeleiding naar langdurige zorg in de omgeving van de persoon.

De aanvragen worden binnen het Platform voor mobiele zorg MOVEOplus op een multidisciplinair samengesteld gesteld team besproken.

Dit gebeurt gedecentraliseerd binnen elke gemeente waar we actief zijn: Anderlecht, Brussel, Sint-Jans-Molenbeek. Op elk van deze besprekingen is er een psychiater en senior psycholoog aanwezig met expertise in complexe psychologische en psychiatrische problematieken. Een bespreking van de registratiecijfers op niveau van de 3 gemeenten is op dit ogenblik nog te voorbarig.

Voor 34 aanvragen was een begeleiding vanuit een mobiele functie langdurige zorg niet noodzakelijk. Hiervoor gebeurde een gepaste verwijzing, telkens in overleg met de aanvrager, de persoon, en de instantie(s) waarnaar verwezen wordt. Het betreffen aanvragen die voornamelijk gesteld werden vanuit de 1^{ste} lijn. Heroriënteringen gebeurden naar een centrum voor geestelijke gezondheidszorg (30%), naar de mobiele equipe voor een specifieke doelgroep (25 %) of naar een mobiel team van een andere zone. Soms stellen we eerder een zorgoverleg voor, dan een begeleiding door MOVEOplus.

Indicaties

Voor 64 personen werd in 2021 een begeleiding opgestart. Voor het opstarten van een begeleiding baseren we ons op de 3 voorwaarden zoals omschreven in de tekst Mobilele equipes (www.psy107.be, Overlegorgaan IMC):

- er is een zorgindicatie voor ernstige psychiatrische aandoening (EPA) - niet van voorbijgaande aard (langdurig-structureel).
- er zijn factoren die situatie complex en/of chronisch maken (vb. psychosociale factoren)
- er is nood aan mobiele interventie in de thuissituatie om te werken met de complexiteit van de situatie en er is gedeelde zorg aangewezen.

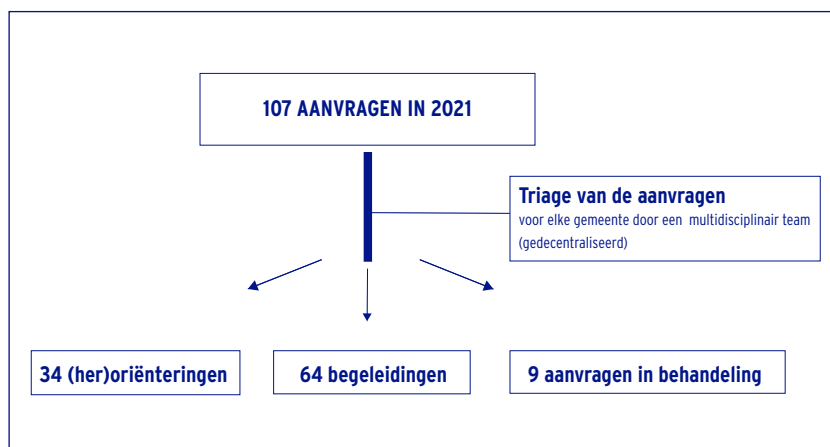
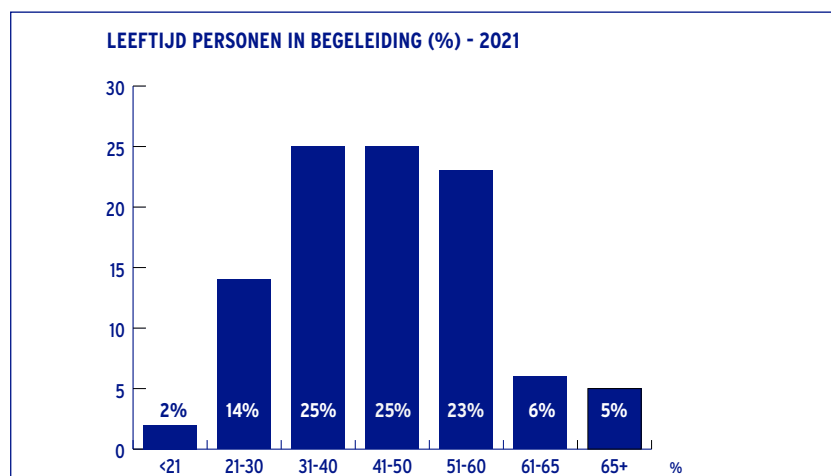


FIG. 1

Leeftijd

Er waren ongeveer evenveel mannen (n=31) en vrouwen (n=33) in begeleiding. Wat de leeftijdsverdeling betreft: het merendeel zijn personen tussen de 30 en 60 jaar oud. Ook in de leeftijdsstructuur is de verdeling man/vrouw gelijklopend. Elf personen zijn jonger dan 30 jaar. (11 < 30j)

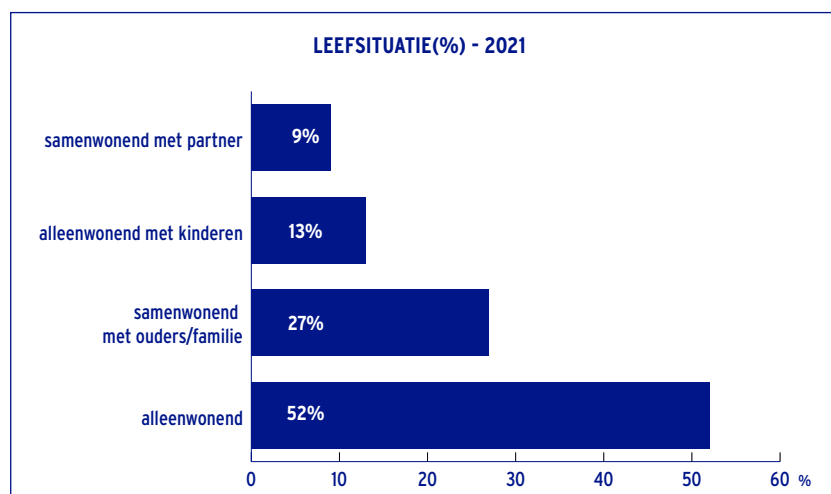
FIG. 2



Leefsituatie

Het merendeel van de personen is alleenstaand. Echter meer dan een vierde beschikt niet over een eigen woonplaats en woont in bij de ouders of familie.

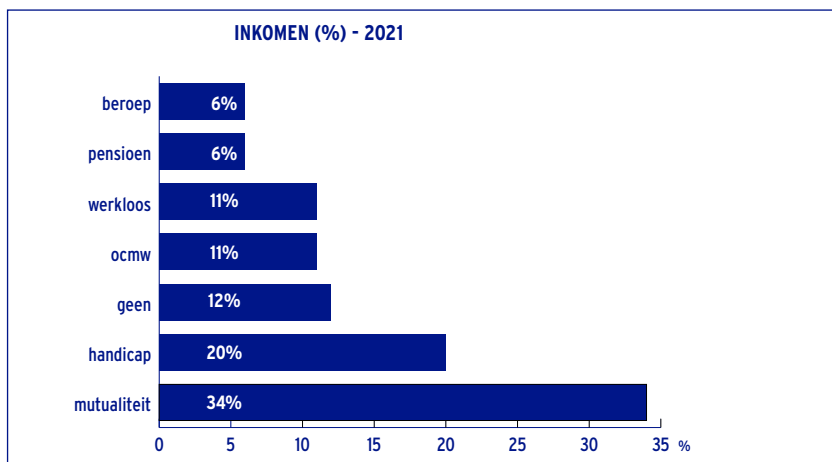
FIG. 3



Inkomsten

De grootste groep van de personen (82%) leeft van een uitkering, waarbij meer dan de helft een uitkering heeft vanuit de sociale voorzorg. 12% heeft geen inkomen. Slechts een klein aantal heeft een inkomen uit een beroepsactiviteit

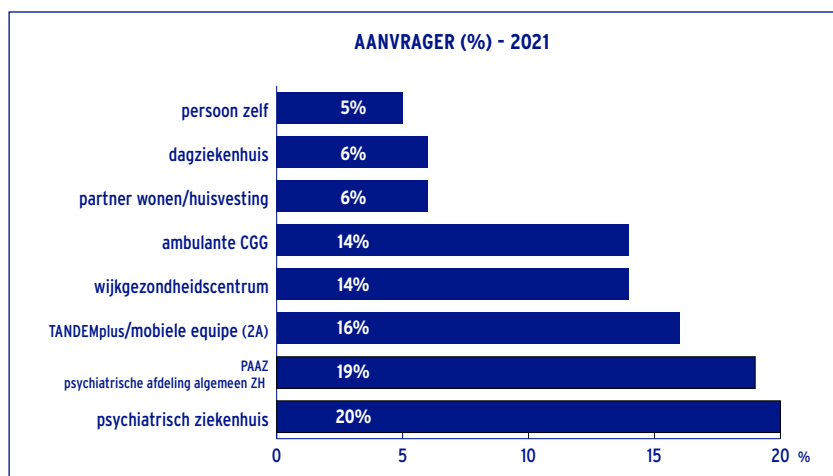
FIG. 4



De verwijzende instantie

MOVEOplus vraagt dat de verwijzende organisatie een engagement blijft opnemen in de organisatie van de langdurige zorg. Dit wordt gerealiseerd voor iets meer dan de helft (n= 34, 53%) van de personen. Deze betrokkenheid kan verschillende vormen aannemen.

FIG. 5



Inclusie en Deontologie

Alle personen (n=64) gingen akkoord met een opstart van een mobiele begeleiding. Er wordt bijzondere aandacht besteed aan het inclusieproces. Bij voorkeur gebeurt dit met de cliënt, de omgeving en met belangrijke zorgver-

leners. In dit proces wordt duidelijk wat het mobiel team kan doen, welke rol andere organisaties kunnen opnemen en wie wat van wie verwacht.

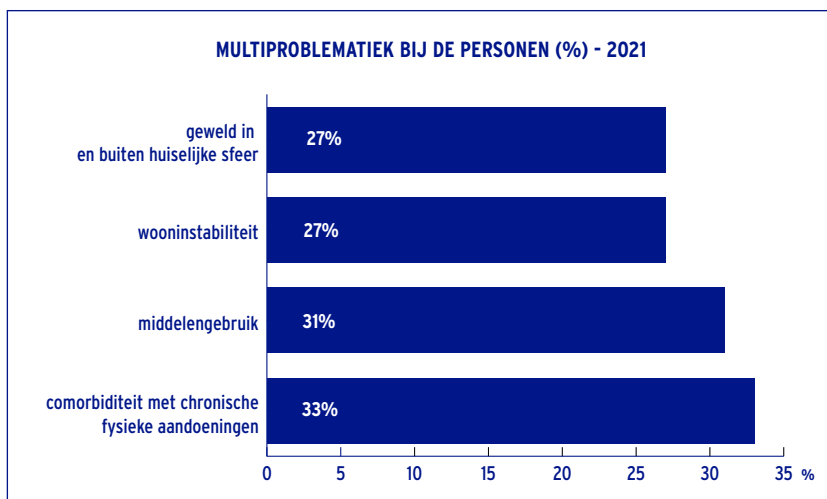
De medisch zorgverstreker bij aanvang van de begeleiding

76% van de personen (n=47) beschikken over een huisarts en 66% (n=42) geven aan in begeleiding te zijn bij een psychiater (= verschillend van de psychiater toegewezen aan MOVEOplus).

Meervoudige problematiek

FIG. 6

Het merendeel van de personen heeft naast psychologische problemen ook andere problemen. Het betreft dan chronische fysieke gezondheidsproblemen, middelengebruik (voornamelijk alcohol), huisvestingsproblemen en geweld in of buiten de huiselijke sfeer.



Zorgmijders

Eén vierde van de personen bij aanvang van de begeleiding vermijdt contact met de hulpverlener (geen respons bij afspraak op huisbezoek, annuleren van afspraken, vermijden van face to face contact). Dit is een problematische doelgroep waar mobiliteit en actieve hulpverleningsstrategie aangewezen is. Het is een belangrijke groep van personen die veelvuldig beroep doet op verschillende diensten waardoor continuïteit in de zorg eerder onbestaande is.

Mobiliteit van de persoon

Het overgrote deel van de personen (89%) in begeleiding is mobiel. Dit wil zeggen dat ze in de mogelijkheid zijn zich te begeven naar de plaats van

afspraak verschillend van de woning. Een 6-tal personen zijn onvoldoende mobiel omwille van de fysieke en mentale toestand.

Intensiteit van de contacten met de persoon tijdens de begeleiding

De contacten tussen de begeleiding en de persoon vinden voor praktisch alle personen (n=61) plaats in de verblijfsomgeving van de persoon: 80% wekelijks face to face contact, 13% om de 14 dagen. De begeleiders stemmen de contactfrequentie af op maat van de persoon. Het is immers niet de bedoeling om de afhankelijkheid van de persoon te vergroten. De persoon wordt verder gestimuleerd om contacten en afspraken te hebben in de ruimere leefomgeving en de desbetreffende diensten.

Aard van de interventies

Het merendeel van de interventies zijn gericht zijn op toeleiding en netwerkopbouw naar de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Voor meer dan 80% van de personen zijn deze interventies gericht op netwerkopbouw en realisatie van gedeelde zorg in samenwerking met actoren vanuit de 1^{ste} lijn. Vervolgens zijn meer dan 50% van de interventies zijn gericht op de functies "activiteit", "contact", "wonen". We werken hiervoor gericht samen met laagdrempelige ontmoetingsplaatsen en buurtcentra.

Interventies MOVEOplus <i>(combinaties mogelijk)</i>	N	%
psycho-educatie & toeleiding naar GGZ-begeleiding	36	56
begeleiding en netwerkopbouw ADL "activiteiten dagelijks leven	34	53
netwerkopbouw activiteit	32	50
netwerkopbouw domein GGZ	31	48
netwerkopbouw financieel en administratief	22	34
netwerkopbouw huisvesting	15	23
toeleiding voor familiale interventies/context-begeleiding	14	22
netwerkopbouw contact / informeel steunsysteem, sociale relaties, buurt ...	13	20
netwerkopbouw gezondheid	12	19
nog in fase contact maken en zorgbehoeften detecteren	11	17
netwerkopbouw DD middelenmisbruik	10	16
netwerkopbouw aide à la jeunesse/jeugdbescherming	6	9

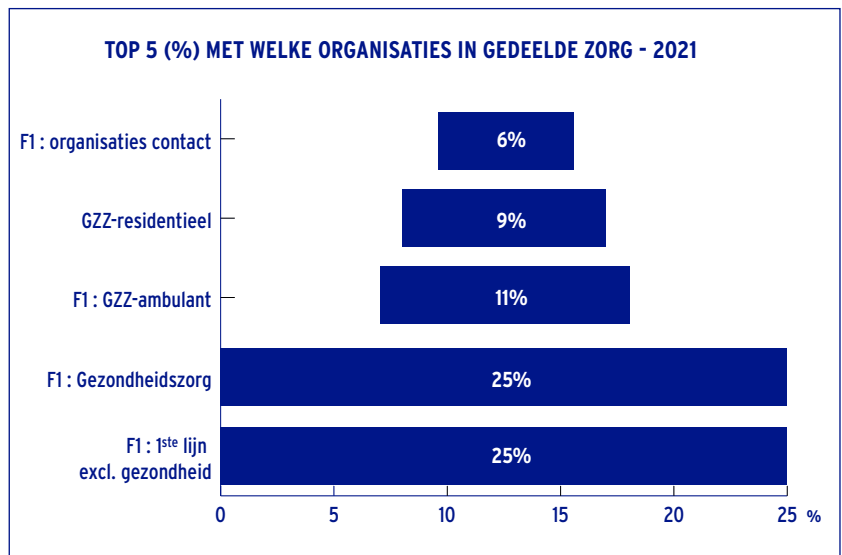
FIG. 7

Gedeelde zorg

In 2021 konden we voor 37 personen (58%) een intersectorale samenwerking realiseren in de begeleiding: regelmatig overleg en afspraken maken inzake wie doet wat in samenspraak met de persoon,... De afspraken werden voornamelijk gemaakt met organisaties uit de 1^{ste} lijn (OCMW, CAW, huishoudhulp, ...) en uit de eerstelijnsgezondheidszorg (medische huizen, huisartsen,...).

De ervaring leert dat hiervoor op regelmatige basis een multidisciplinair zorgoverleg of coördinatie van zorg noodzakelijk is om de zorg op elkaar af te stemmen.

FIG. 8



Toeleiding naar het ankerpunt - de dienst geestelijke gezondheidszorg

In 2021 konden we voor 8 personen (13%) een instroom realiseren naar een dienst geestelijke gezondheidszorg voor multidisciplinaire hulpverlening.

Wanneer er opnieuw problemen zouden rijzen, kunnen deze persoon terug een beroep doen op MOVEOplus indien aangewezen.

Ziekenhuisopname tijdens de begeleiding

6 personen werden tijdens de begeleiding opgenomen in een ziekenhuis (psychiatrisch ziekenhuis of PAAZ). Het merendeel van de opnames gebeurt op vraag van de persoon zelf (ontwenning, behoefte aan een rustmoment weg uit de context, behoefte aan een omkadering dag en nacht).

Bij 1 persoon werd vond een gedwongen opname plaats. Deze procedure werd ingesteld door de politie.

Beëindiging van de begeleiding

Van de 64 begeleidingen in 2021 werden twee begeleidingen op eenzijdig initiatief van de persoon stopgezet. Twee andere begeleidingen werden beëindigd op eenzijdig initiatief van het team na een voorstel van heroriëntatie in samenspraak met de persoon en zijn het professioneel netwerk. In 2021 ligt het % drop out dus op 6%.

