



VERSLAG WORKSHOP MULTIDISCIPLINAIR WERKEN MHID-CONGRES 31 MEI 2007

1. INLEIDING

Voor mensen met een diep mentale beperking (IQ < 60) en bijkomende gedragsproblemen blijkt de psychiatrie niet te werken. Als men deze mensen niet in de psychiatrie opneemt, moet er wel een gespecialiseerd team rond hen gaan werken. M.a.w.: breng de psychiatrie naar de woonsetting van de mensen (en niet omgekeerd).

2. STELLING 1 – A. WILLEMS

“Uitgebreide psychodiagnostiek móet standaard bij een complexe casus.”

Reacties:

- H. Jorens: In Vlaanderen beschikt men over een minder hoog opgeleide omkadering. Bovendien zijn heel weinig vragenlijsten aangepast aan personen met een handicap.
- Evidence-based geneeskunde kan leiden tot een vrij steriele manier van werken; artsen durven niets meer aan te pakken, terwijl er toch heel wat “fingerspitsen gefüll” bij komt te kijken.
- Voor een arts is het meestal beter als het personeel van op de werkvloer een gebeurtenis uitgebreid beschrijft, dan dat ze er al een naam opplakken (bijv. men heeft het over obsessieel gedrag, maar eigenlijk moet men eerst vertellen wat er precies gebeurd is). Dit soort beschrijvingen is vertelt meer dan het puur invullen van lijsten.
- Deelnemer: Medische “tests en lijstjes” zijn ook wel erg belangrijk. Vaak wordt op basis daarvan vermeden dat personen op de verkeerde plaats terecht komen (het moet bijv. duidelijk zijn dat er sprake is van een verstandelijke beperking). Het afnemen van die “tests en lijstjes” moet echter wel door een multidisciplinair team gebeuren.
- Deelnemer: Het is belangrijk om te kijken naar vaardigheden en om “wat er is” te gebruiken als kader voor je diagnostiek. “Tests en lijstjes” zijn enkel relevant als men met een vraag zit over een persoon (Wat is er met hem aan de hand?). De resultaten moeten vervolgens naar het

werkveld vertaald worden (Uitleggen waarom het gedrag vertoond wordt.).

P. Collin: De diagnose moet zo zuiver mogelijk uitgevoerd worden, maar als er een dringende vraag gesteld wordt, moet die ook zo snel mogelijk beantwoord worden (op basis van wat reeds in het dossier aanwezig is).

Deelnemer: De praktijk zit meer verlegen om simpele en snelle diagnoses.

Deelnemer: Bij complexe casussen is een uitgebreide diagnose wel noodzakelijk. Het is belangrijk om als hulpverlener een idee te hebben vanwaar het gedrag, leerprobleem,... komt. De diagnose mag echter niet op zich blijven staan, er moet ook een aangepaste behandeling volgen.

Mensen op de werkvloer moeten weten wat ze moeten observeren. Observatie moet gericht gebeuren en op een goeie manier gecommuniceerd worden naar de psychiater/psycholoog.

3. STELLING 1 – P. COLLIN

“Psychiatrie bij mensen met een verstandelijke beperking kan en moet zich beperken tot de eigen discipline; de medische.”

Als er geen psychiatrisch probleem is, dan moet er wel naar een oplossing gezocht worden, maar niet binnen de psychiatrie.

Bij het multidisciplinair werken, moet iedereen vanuit zijn eigen perspectief (= vakgebied, discipline) kijken.

Reacties:

H. Jorens: Er moet soms ook van het medisch-psychiatrisch model afgestapt worden om op een andere manier te kunnen kijken naar de persoon en om tot een betere psychiatrische diagnose te komen. Er moet echter niet interdisciplinair, maar multidisciplinair gewerkt worden.

Bijv.: bij een (eind-)verslag is het van belang dat dit slechts 1 verslag is, samen opgemaakt door het multidisciplinair team (en niet een apart medisch verslag, een apart logopedisch verslag,...). Als cliënt maakt het niet uit wat de disciplines over je zeggen, wel wat er is op gebied van gedrag, intelligentie, communicatie,... Die verschillende factoren moeten samen besproken worden door de leden van het multidisciplinair team.

Deelnemer: Hoewel de medische component centraal staat, zit binnen de psychiatrie ook een behandelingscomponent. Men moet altijd de vertaling naar de werkvloer mogelijk maken. (zie ook 6)

H. Jorens: In de jaren '80 was er niet echt sprake van een psychiatrische werking bij mensen met een verstandelijke beperking. Psychiaters hebben dit moeten leren via het samenwerken met bijv. ortho-agogen.

Deelnemer: Veel van het multidisciplinair werken hangt af van de kwaliteit van het gesprek tussen de mensen met een verschillende discipline. Nog steeds blijft het probleem van de hiërarchie tussen de verschillende disciplines bestaan.

Er is nog heel wat werk aan de winkel om de multidisciplinaire samenwerking vlot te laten verlopen:

- Hoe gebeurt de multidisciplinaire samenwerking het best?
- Hoe begrijpt men elkaars taal bij een multidisciplinaire samenwerking?
- Hoe laat men elk lid van het multidisciplinair team zijn ding zeggen?
- Hoe laat men elke discipline zijn verantwoordelijkheid nemen? Hoe laat men ieder zijn rol opnemen?
- ...

Deelnemer: In Vlaanderen komen er steeds meer psychiaters/psychologen bij in organisaties die met kinderen/jongeren werken, maar die evolutie zet zich niet door bij de organisaties die met volwassenen werken.

A. Willems: Kan daarvoor geen interregionale samenwerking opgestart worden? Verschillende organisaties kunnen hun middelen samen leggen om psychiatrische ondersteuning aan te trekken.

4. STELLING 1 – H. JORENS

“Het betrekken van het netwerk vertraagt het ‘genezings’proces.”

Ondanks die vertraging is het toch nodig om het netwerk te betrekken. Psychiaters moeten leren om de informatie te gebruiken die aangeboden wordt door de mensen vanop de werkvloer. Het gevoel van betrokkenheid is de laatste jaren zeker verbeterd.

5. STELLING 2 – A. WILLEMS & STELLING 5 – H. JORENS

“Een psychiatrische diagnose zegt niks, maar betekent erg veel.” (A. Willems)

“Labeling is (een) noodzakelijk (kwaad).” (H. Jorens)

Bijv.: De diagnose autisme zegt veel, omdat men bepaalde gedragingen beter kan plaatsen.

Labeling is van belang voor de subsidiëring, maar ook voor de aanpak. Het blijft echter van belang dat de mensen op de werkvloer vertellen wat er gebeurt en niet meteen gaan labelen (zie ook 2).

Reacties:

Deelnemer: Het opplakken van een etiket heeft ook wel gevolgen. Zo heeft men vaak de reactie “dan hoort die persoon hier niet thuis”. Wie neemt dan wel de zorg op? Veel is uiteraard afhankelijk van de aanwezige expertise en disciplines in de voorziening. Maar als het voor de diagnose lukte, dan kan het daarna toch ook nog?

P. Collin: Diagnostiek is niet hetzelfde als classificatie! Diagnostiek doet veel meer.

H. Jorens: Naast het ontwikkelingsniveau moet ook rekening gehouden worden met het emotionele niveau.

Deelnemer: Labeling werkt ook vaak stigmatiserend. Verwachtingen worden daaraan opgehangen. Labels leggen het accent op de zwaktes; waar de persoon wel goed in is, wordt niet vermeld.

6. STELLING 2 – H. JORENS & STELLING 4 - P. COLLIN

“Het medicamenteus beleid is (g)een zaak van de psychiater alleen.” (H. Jorens)

“Een goed medicatiebeleid is rationeel, intuïtief en proefondervindelijk.” (P. Collin)

Het voorschrijven van medicatie is een medisch aspect, maar de psychiater moet wel de juiste voorzet krijgen van het multidisciplinair team. Op basis van hun observatie moet een zo goed mogelijke psychiatrische diagnose opgesteld worden.