

VERSLAGEN GESPREKSTAFELS MBU-INSPIRATIEDAG

Gespreksronde 1	
1.	Huilbaby's - nieuwe inzichten in de rol van ouderfactoren en langdurige stress door haarcortisol analyses
2.	Co-regulatie van moeder en kind
3.	Wat hebben ouders nodig om op ontslag te gaan?
4.	Nieuwe inzichten in de behandeling van postpartum psychose
5.	<i>'Fathers / partners become vitally important as they protect the mother's ability to devote herself to the baby'</i> - Winnicot D.
6.	<i>'We meet the child where they are, not where we expect them to be'</i> - Fraiberg S. Cultureel-sensitieve zorg: gezinnen met diverse culturele achtergronden.
7.	Groepsaanbod Mindfulness ER+
8.	<i>'The environment must be holding, not intrusive; it must meet the patient where they are'</i> - Winnicot D. Dagbehandeling: een module apart?
9.	<i>'We are poor indeed if we are only sane'</i> – Winnicot D. Hulpverlener zijn op een moeder-baby unit. Hoe doen we dit?
10.	<i>'When we work with a mother and her baby, we are also working with the mother's childhood'</i> - Fraiberg S. De verschillende ziektebeelden die we tegenkomen op een afdeling, vragen om afstemming. Deze afstemming vraagt om begrip.
11.	<i>'There is no such thing as a baby, there is a baby and someone'</i> - Winnicot D. Context: de ontwikkeling van een kind staat nooit los van de omgeving of de context.

Gespreksronde 2	
1.	Huilbaby's - nieuwe inzichten in de rol van ouderfactoren en langdurige stress door haarcortisol analyses
2.	Co-regulatie van moeder en kind
3.	Wat hebben ouders nodig om op ontslag te gaan?
4.	Nieuwe inzichten in de behandeling van postpartum psychose
5.	<i>Fathers / partners become vitally important as they protect the mother's ability to devote herself to the baby'</i> - Winnicot D.
6.	<i>'We meet the child where they are, not where we expect them to be'</i> - Fraiberg S. Cultureel-sensitieve zorg: gezinnen met diverse culturele achtergronden.
7.	<i>'The mother gazes at the baby in her arms, and the baby gazes at his mother's face and finds himself therein'</i> - Winnicot D. Therapieprogramma: hoe krijgt dit vorm in de verschillende eenheden?
8.	<i>'Wherever there is fear, there is opportunity for growth'</i> - Fraiberg S. Verontrusting komt vaak voort uit angst, maar kan ook een uitnodiging zijn om situaties te doorgronden, veerkracht te versterken en veranderingen in gang te zetten.
9.	<i>'The capacity to care is the thing that gives life its deepest significance'</i> - Winnicot D. Ethische reflecties en collectieve zorg als collectieve plicht: samen stilstaan bij het zien en erkennen van kwetsbare situaties. Samen het belichten van complexe vraagstukken zonder de menselijkheid en de waardigheid van diegenen die zorg ontvangen uit het oog te verliezen.
10.	<i>'It is in the quiet moments, in the holding environment, that healings takes place'</i> - Winnicot D. De zorg stopt niet bij het vallen van de nacht.
11.	<i>'The home is where the true self can flourish, provided it is supported and understood'</i> - Winnicot D. Thuisbehandeling en poliklinisch werken: ervaringsuitwisseling

2. CO-REGULATIE VAN MOEDER EN KIND

De uiteenzetting “Co-regulatie ouder en kind” in de voormiddag was een eye-opener. Boeiend welke theorie er zit achter wat we als natureel troosten aanvoelen.

Maar hoe ontspan, reguleer je jezelf als volwassene om samen met de baby te kunnen zakken? Ademen blijkt daarbij heel belangrijk!

“Door te bewegen kan je altijd ademen.”

Geef je ademhaling in alle richtingen alle ruimte door de juiste (zit)houding aan te nemen.

- wanneer je staat, houd je knieën dan niet “op slot”, buig ze lichtjes en voel wat dit doet met je ademhaling, je volledige lichaam ontspant zich meer

- wees je bewust/ontdek en voel je eigen ademhalingspatroon, welk patroon neem je het vaakst aan? Waar zit de spanning?

- “Geef het “gaatje, “spleetje” ter hoogte van je maag de ruimte om te ademen.”

- houding bij angst > opgespannen, armen tegen lichaam, benen op slot, ineen gedoken

- houding bij depressie > in elkaar gezakt

→ onvoldoende ruimte om goed te ademen, ga zitten op je zitknobbels

OEFENINGEN:

- ga zitten op een stoel, steun goed op je zitknobbels, leun naar voor, leun daarna naar achter en merk wat dit doet met je ademhaling.

> wanneer je te sterk steunt vóór of achter je zitknobbels ontnem je je longen veel ruimte, adem je onvoldoende diep

- kindje eten geven met lepeltje, ene keer wanneer je te sterk steunt vóór je zitknobbels, daarna wanneer je goed steunt op je zitknobbels > hoe is dit voor de andere persoon die er als kindje zit?

- troosten van een kindje: let op je eigen houding/spanning,

- beweeg het kindje op en neer in zit en al staand

- zit recht, wieg langzaam heen en weer

- sta niet met je knieën op slot, wieg langzaam en soepel door je gewicht (en heup) te verplaatsen van ene been naar ander been

- knieën op slot/knieën licht gebogen:

- hoe voelt je ademhaling?

- bekken bewegen, lukt dit vlot en soepel?

- armen bewegen, lukt dit vlot en soepel?

- hoe voelen je kaken?

- in een cirkel staan met je knieën op slot. De persoon in het midden geeft iedereen wat duwtjes tegen de opgehouden handen. Daarna hetzelfde terwijl iedereen zijn knieën niet op slot heeft.

→ wanneer je knieën niet op slot zijn verlies je minder/niet je evenwicht, ben je veerkrachtiger, sta je open voor verbinding, afstemming met de ander

TIP: Wanneer je op een tafel gaat zitten en met je voeten cirkelt (ene voet in wijzerzin, andere voet andere richting, 8 vorm) zal je daarna rechtstaan met knieën die niet op slot zijn.

- Iedereen in een dichte cirkel, geen schoenen aan, we stappen naar achter > waar steun je het meest op de grond? Doe dit opnieuw maar wees je ook bewust ook je voorkant in deze stappen.

- Iedereen in een grote cirkel, stap naar het midden alsof je net de boodschap kreeg dat je te laat bent om je kind op te halen aan school. Doe dit opnieuw, maar wees je daarbij ook bewust van je achterkant.

3. WAT HEBBEN OUDERS NODIG OM OP ONTSLAG TE GAAN?

Startvraag: Wat zijn jullie ervaringen en wensen voor uitwisseling?

Gent: Zodra ontslag ter sprake komt is er vaak een korte terugval, vlak voor ontslag. Moeders hebben veel moeite met oefenen thuis als zij alleen zijn zonder hulp en zorgen er daarom bijna altijd voor dat er iemand bij ze is.

Utrecht: herkent dit. De vraag rijst of dit inherent is aan de problematiek van de moeders of ligt het bijvoorbeeld aan persoonlijkheidsproblematiek? Wat maakt het ontslag spannend, vanaf dag 1 wordt er al toegewerkt naar ontslag.

Zoersel: Wij laten alle moeders in de ontslagfase alle zorg al zelfstandig doen zodat ze daar al aan gewend raken. We inventariseren voortijdig wat er nodig is voor thuis of in ambulante kader. Anderen herkennen dit.

In gesprek komt naar voren dat in België vaak lange wachtlijsten zijn voor ambulante kader. In Nederland vaak ook als het gaat om therapie voor de moeder, maar daar lijkt acute zorg thuis rondom een kindje gemakkelijker te regelen. In beide landen neemt de ernst van de problematiek toe en wordt de zorg zwaarder ervaren, mogelijk vanwege bezuinigingen in het zorgstelsel en een verschuiving naar meer ambulante zorg.

Rotterdam geeft aan dat het moeilijk blijkt om het systeem te betrekken bij ontslag. Dit wordt herkend bij de andere aanwezigen.

Om de overgang voor moeders gemakkelijker te maken laten zij moeders soms nog enkele keren terugkomen voor therapie, dit kan zorgen voor steun en vervolging. Het kan de drempel voor ontslag lager maken.

Rotterdam heeft een ontslagplan gemaakt. Daar staat o.a. in

- de signalen die de baby geeft, hoe die te herkennen en het ritme van de baby.
- Wanneer ervaart een moeder het als goed genoeg
- een weekplanning waarin staat wie de moeder wanneer kan bellen als er behoefte is aan ondersteuning
- het signaleringsplan van de moeder
- doelen voor de moeder waar na ontslag aan gewerkt gaat worden

In België blijkt vaak een zorgtafelgesprek te worden gevoerd voor ontslag, gelijk aan zorg-afstemmingsgesprek in Nederland.

In Nederland gaat de moeder soms terug naar de pop-poli voor begeleiding, vaak is er thuisbegeleiding via de reguliere GGZ, Utrecht verwijst ook door naar IMH thuis, Rotterdam doet dat niet tot heel weinig.

Zoersel verwijst naar opvoedondersteuning via Kind en Gezin, in Nederland is dat het consultatiebureau/Jeugdgezondheidszorg

Grote verschil is dat in Nederland de moeders en baby's worden opgenomen t/m 6 maanden oud. Enkel in de eerste hechtingsperiode. Er zijn geen faciliteiten om de moeders met kind op te nemen als de ontwikkeling van het kindje zich meer naar buiten richt. In België kunnen de moeders en kindjes opgenomen worden tot de kindjes 1 jaar oud zijn.

Wat zijn de verschillen rondom ontslag:

In Zoersel wordt ook gekookt door de moeders, hierdoor leren ze stapsgewijs meer taken te doen met hun kindje zodat de overgang naar huis wat kleiner wordt.

In Utrecht wordt tijdens activiteitenbegeleiding gekeken naar de energiebalans en wat moeders nodig hebben om thuis niet uit balans te raken.

In Utrecht is regelmatig een vraag-maar-raak-uurtje waarin een moeder die eerder een opname heeft meegemaakt vertelt over haar proces aan moeders die op dat moment zijn opgenomen.

In Gent gebeurt ook zo iets, dit is onder begeleiding van een zorgkundige of verpleegkundige.

Ontslagplan: zie bijlage.

Inhoud:

- Signalen van de baby: ingevuld door kinderverzorgster en mama samen
Vb. eten, slapen, verzorging, ...
Vb. wat doe ik als mijn kind onrustig is? Hoe kan ik mijn kind troosten?
Vb. wat vindt mijn kindje fijn?
- IMH: ingevuld door IMH specialist
Vb. Wanneer vind ik mezelf een goede moeder?
Vb. wanneer is het goed genoeg?
Vb. Welke herinnering neem ik mee van MBU?

Vb. Wat heb ik geleerd?

- Crisisplan: ingevuld door VPK

Rood / groen / oranje: hoe zie ik dat ik in het groen zit? Hoe zie ik dat bij mijn kindje?

Wat doe ik graag? Welke factoren zijn ontregelend?

Weekplanning: per dagdeel

Per dagdeel: op wie kan ik beroep doen? Wie kan ik bereiken?

Nazorg:

- Plan wordt besproken met alle betrokken (professionele) partners.
- Contactgegevens worden opgenomen.

4. NIEUWE INZICHTEN IN DE BEHANDELING VAN POSTPARTUM PSYCHOSE

Tijdens het tafelgesprek werd er ingezoomd op de verschillen en gelijkenissen in de behandeling van een postpartum psychose.

Verschillen	Overeenkomsten
Opname van een acute psychose ➔ Soms is het praktisch niet mogelijk om eerst de mama te laten zakken op een gesloten afdeling. Moeilijkheden hierbij zijn dat dit kan zorgen voor een belasting op het team en op de groep mama's. ➔ Aan de andere kant zorgt een opname meteen op de MBE voor een voorsprong in de therapeutische relatie.	Een opname dient zo lang te duren als nodig, maar zo kort als moet.
In Nederland wordt de mama soms opgenomen zonder baby ➔ Een belangrijke opmerking hierbij is dat er afdelingen zijn waar er maar 1 bed is voor postpartum problematiek en waarbij er geen therapieschema op maat is van psychiatrische problemen in het postpartum. Soms is het nodig dat mama en baby op de kamer blijven en zich niet in de groep begeven omdat dit "veiliger" is.	Er wordt naast de medicamenteuze behandeling ingezet op rust en regelmaat.
In Nederland is het niet steeds mogelijk dat de partner mee op de afdeling verblijft.	Elk traject wordt individueel benadert.
Er is een verschil in het tijdstip waarop een behandeling met Lithium wordt gestart.	Zowel in België als in Nederland zijn er lange wachtlijsten waardoor het niet altijd gemakkelijk is een geschikte nazorg op te starten.
Er zijn instellingen waar antipsychotica wordt opgestart tijdens de borstvoeding. In andere instellingen tracht men eerst de borstvoeding af te bouwen of geeft men het advies deze stop te zetten.	
In Gent worden mama's die een psychose doormaakten standaard na hun opname opgevolgd door het team ondersteuning aan huis	
In Nederland wordt er meer ingezet op een ambulante behandeling en worden patiënten minder snel opgenomen	

Verder werden er handvaten gedeeld met elkaar rond hoe omgaan met mama's met een psychose.

- Een stevig team en eenduidigheid zijn belangrijk. Het is belangrijk continue het behandelplan te evalueren.
- Belangrijk om de rust te bewaren.

- Naar de patiënt toe is het belangrijk om open te communiceren over wat er gaat gebeuren, heldere communicatie staat voorop.
- De veiligheid van de baby is prioriteit nummer 1, ook als dit wil zeggen dat er hierdoor een vertrouwensbreuk met de mama ontstaat.

Er werd kort overlopen hoe de verschillende MBE's omgaan met de behandeling op een niet-medicamenteuze wijze omdat deze ook erg belangrijk is in het herstelproces van de patiënt.

- Rust en slaap herstellen (realiteit is dat hier vaak wel iets van medicamenteuze ondersteuning voor nodig is).
- Inzetten op het herstel van dag-nachtritme.
- Opstellen van een individueel dagprogramma.
- Overnemen van de nachtvoedingen waardoor de patiënt de mogelijkheid krijgt een gezond nachtritme weer op te bouwen.

Tot slot werd er kort gesproken over belangrijke ketenpartners. Een belangrijke opmerking hierbij is dat er in Nederland andere organisaties bestaan als in België.

- Nederland
 - Sterk huis: Observeert moeder en kind, maken een inschatting rond de veiligheid
 - Veilig thuis: Kan vergeleken worden met OCJ
 - Netwerk
 - Ondersteuning aan huis
- België
 - Netwerk
 - Ondersteuning aan huis
 - Kind&Gezin
 - CKG
 - CGG
 - ...

2^e gesprekstafel:

- Gesproken over verschillen tussen een opname in Rotterdam vs opname in Gent en Zoersel.
 - Met als groot verschilpunt de maximale leeftijd van de baby. In Rotterdam is dit 6m in Zoersel en Gent is dit 1 jaar.
 - In Gent: kan de baby op vraag van de moeder 's nachts op de kamer van de moeder liggen (na overleg binnen het team).
 - In Gent: Mama en baby komen in acute postpartum psychose in opname. In Zoersel vaak eerst een opname in de PAAZ ter eerste stabilisatie.
Wat is goede zorg? Langs de ene kant heftig (traumatiserend) voor de leefgroep, langs de andere kant traumatiserend voor de mama wanneer zonder haar baby.
Conclusie van het debat: Indien mogelijk zo veel mogelijk een opname binnen de acute fase van een psychose op moeder en baby faciliteren, zodat moeder en baby samen kunnen blijven. Op deze manier volgt er, naar ons aanvoelen, ook sneller een herstel.
- Wat werkt er in de overdracht met een moeder met een psychose?
 - Een stukje meegaan in haar verhaal
 - Zoekende houding
 - Belang van betrekken van de vader
 - Rooming-in, vader uur
 - Authenticiteit in contact. Mama's liggen 'open' en voelen meteen wanneer een contact geforceerd is.
 - Niet ontkennen, noch bevestigen "Jij ziet het zo, ik zie het zo"
 - Belang van rust en slaap

5. BETREKKEN VAN PARTNERS

Partners bij de opname betrekken is heel wisselend over alle MBU.

Sommige partners vinden het moeilijk om deel te nemen aan het traject, andere zijn heel betrokken, andere krijg je niet op de afdeling en zijn tegen de opname, vinden dat we hun kindje afnemen door de opname.

Volgens de deelnemers aan ons tafelgesprek is het heel belangrijk om duidelijke verwachtingen uit te spreken, al tijdens het intake gesprek, en te vertellen hoe belangrijk partners zijn tijdens het hele traject.

Het is belangrijk om vertrouwen te geven aan partners, en hun heel nauw proberen te betrekken bij de behandeling, zorg mee laten opnemen voor hun baby, en hun koppelgesprekken en het partneruurtje voorstellen.

Partners zijn nodig tijdens het hele traject!

6. CULTUURSENSITIEVE ZORG

Na uitwisseling van verschillende ervaringen vanuit het werkveld kwamen tot het verwoorden van deze helpende houdingen:

- een nieuwsgierige houding
- open blik
- bewustzijn van je eigen waarde en normen
- de anderen in hun waarde en normen laten
- de cultuur van een gezin bekijken l.p.v. DE cultuur
- nabijheid bieden

7. Groepsaanbod Mindfulness ER +

Gebruiken jullie behalve het talige ook andere technieken om tot emotie-regulatie te komen want we weten dat beeldende/nonverbale technieken er voor zorgen dat je veel sneller in zit en tot regulatie komt. Bottem up werken om zo te ervaren dat je veilig bent, daar wordt zoveel aan voorbij gegaan, terwijl het eigenlijk zo eenvoudig en efficiënt is.

Ademhalingstechnieken worden gebruikt, beeldende en non-verbale therapie niet, deze worden wel op de afdeling geïntegreerd. Non-verbale ingangspoorten worden niet zoveel gebruikt. Inspiratiebron: nonverbale therapie en MFN bv : https://www.nl.fnac.be/a15588642/Janet-Slom-Mindfulness-en-zelfexpressie?origin=SEA_GO_PLA_SMABOOKNL&gad_source=1&gclid=Cj0KCQiApNW6BhD5ARIsACmEbKXNS1649TeQR03OjYrNYSINbqrKwNUsw95hB-9khaAbBof-ZNCo85saAnxSEALw_wcB&gclsrc=aw.ds

Soms is meteen naar het lichaam gaan te intrusief maar is het wel interessant om oefeningen te doen die er rustig naar toe gaan. Wat wordt op die vlak al wel gedaan op groepsaanbod ER+ in zowel Gent als Zoersel: alle zintuigen gebruiken (vb mindful eten, het contactoppervlak voelen van een stofje of tapijt, ruiken, ogen openen (kijkmeditaties is al minder bedreigend), mindful bewegen, kindje voelen zoals een rozijntje, etc)

Hoe wordt Mindfulness geïntegreerd voor de ouders maar ook voor de medewerkers?

In Gent en Zoersel wordt integratie van mindfulness in het dagelijks leven aangemoedigd door bv andere sessies te starten met een korte mfn oef, tijdens de dagopening van de dagbehandeling, ... In Gent dienen ouders ook mindfulness thuis in te oefenen (huiswerkopdracht).

In Gent worden de vergaderingen gestart met mfn (5min), elke medewerker komt eens aan de beurt om een oefening mee te brengen en dit kan vanalles zijn: samen ademen, een visualisatieoefening, ... In Zoersel niet tijdens vergaderingen, wel bij de start van intervisie of visiedagen.

In Nederland is er sprake van een mindere therapeutische setting. Een baby mag er bv niet op de groep komen omwille van de veiligheid (crisiszorg) of mag niet mee met moeder op therapie. Er wordt wel dag per dag bekeken wat mogelijk is. Het is inspirerend hoe de introductie van mindfulness iets zou betekenen voor ouders/medewerkers o.a. het inzetten op zintuigen, hetzij op een heel andere manier dan in België.

Wordt Mindfulness alleen in groep toegepast of ook individueel?

Het effect van de groep is heel krachtig, ouders nemen meer aan van andere ouders dan van de therapeuten zelf. De baby's leren ook het ritme, de belletjes en liedjes kennen, het is mooi om samen te kijken hoe ze hierop reageren, groeien in het contact maken en samen kijken hoe de lijfjes tot rust komen. Maar je kan ook individueel aan de slag, dan kan je dieper ingaan op het mentaliserend effect.

Leeftijd van de baby's?

Gent: tot 1,5 jaar. Zoersel: tot 1 jaar.

Hoeveel therapeuten?

Twee. 1 therapeut die de groep leidt en 1 co-therapeut die de baby's observeert en dat terugkoppelt.

Taal?

Nederlands, in Gent experimenteren ze met de meditaties ook in het Engels aan te bieden.

Groepsorganisatie?

Gent: we starten met 8 en rekenen op een drop out van 4. Vaders worden mee uitgenodigd. Tijdens de uitleg van het biopsychosociaal model moeten de vaders/partners mee aanwezig zijn. De sessies zijn afwisselend mét en zonder de baby. Afwezigheden zijn niet te vermijden maar dat moeten ze wel een huisopdracht maken. In Zoersel geraakt de groep niet altijd vol.

7. THERAPIEPROGRAMMA: HOE KRIJGT DIT VORM IN DE VERSCHILLENDE EENHEDEN?

- Is therapieprogramma afhankelijk van ziektebeeld?
 - ⇒ Niet afhankelijk van ziektebeeld maar wel van intensiteit, vb. geen deelname aan therapieën bij acute psychose of gedurende eerste week op de afdeling.
 - ⇒ Therapie = vaak individueel werken maar toch in groep, vb. beeldende therapie, bewegingstherapie, ...
 - ⇒ Soms wordt het gemist om doelgericht te kunnen werken: in sommige gevallen zou het beter zijn als zorgvrager op gespecialiseerde afdeling terecht kan voor specifieke problematiek.
- Inzoomen op verschillen tussen MBU's
 - ⇒ Primair = hoe moeder-kind relatie verbeteren? => verdieping in psychische problemen van moeder gebeurt vaak pas na opname omdat hier langere tijd voor nodig is.
 - ⇒ Niet alle problemen kunnen opgelost worden binnen MBU. Ouder-kind relatie primeert! Als psychisch probleem / trauma zo in de weg staat dat het de moeder-baby hechting bedreigt, dan moet dit eerst ten gronde uitgeklaard worden. Maar dieper liggende trauma's zijn om na de opname mee aan de slag te gaan => belang van nazorg!
 - ⇒ Opvallend:
 - MBU Gent => psychische problemen van moeder komen op eerste plaats.
 - MBU Zoersel, Utrecht, Rotterdam => moeder-baby hechting komt op eerste plaats.
 - ⇒ Op sommige MBU's wordt gewerkt met psychologen gespecialiseerd in bepaald ziektebeeld, vb. specifieke psycholoog voor borderline. Op andere MBU's werken dezelfde psychologen met alle moeders.
 - ⇒ MBU Gent: therapieprogramma = zeer gevuld, veel to do's voor moeder en behandelteam.
 - ⇒ MBU Zoersel: therapieprogramma = eerder ondersteunend, faciliterend. Er moet weinig, waardoor er veel mogelijk wordt.
 - ⇒ Alle MBU's werken vanuit IMH principes. In NL wordt hiervoor een driedaagse cursus voorzien voor iedere medewerker.
- Welke therapieën mét baby?
 - ⇒ MBU Zoersel: Muziek en bewegen, babymassage, babyzwemmen, spelmomenten. Hierin worden principes van crisisvaardigheden, Window of Tolerance, goed genoeg ouderschap, cirkel van veiligheid vervlochten. Daarnaast zijn er aparte momenten waarin deze principes theoretisch belicht worden onder de vorm van een themabespreking.
 - ⇒ MBU Gent: therapie is meestal zonder baby. De principes van ACT, crisisvaardigheden, relaxatie, Window of Tolerance, goed genoeg ouderschap, cirkel van veiligheid worden in aparte therapiemomenten belicht.
- Uitwisseling tussen MBU's?
 - Het zou voor iedereen interessant zijn om een dag te kunnen meelopen op andere MBU's.

Conclusie:

elke instelling wil **warmte en geborgenheid** bewaken, ongeacht hoe therapieprogramma loopt.

8. VERONTRUSTING

Moeder-Baby: heel therapeutisch

ONDANKS het therapeutische gegeven, is er toch soms een gevoel van “dit is niet goed genoeg”.

- ➔ Juridische stuk komt er dan ook vaak bij kijken
- ➔ Vinden we soms niet zo fijn, maar is wel echt belangrijk
- ➔ Soms zijn we nog wat te onwetend

Ervaringen

Tweestrijd:

- “dit is niet oke” **VS** Vertrouwen in de therapeutische relaties

MB Zoersel:

- stap 1) zorggarantie (welke voorwaarde zijn er om naar huis te mogen)
- stap 2) M-document zo nodig (jeugdrechter)

Andere MB afdelingen gaven aan dat deze stappen jammer genoeg wel overal meer en meer moeten gebeuren. Het is pijnlijk om te doen, maar het weigeren van deze stappen te zetten is dan toch ook lastig. Veel patiënten krijgen hierdoor wel het gevoel dat hun kind zo maar afgepakt kan worden. Team discussies helpen hierin een keuze te maken.

Het is daarnaast niet evident om in te schatten wat verontrustend is en wat niet. Daarbij komend is de beslissing om de stap te zetten niet makkelijk. De groep deelde de mening dat áls de stap dan gezet wordt, je nog geen garantie hebt dat ze je effectief gaan helpen, en daardoor de zorg uitdooft. Langs de andere kant wordt er soms opeens heel erg veel zorg verwacht in zo een extreme vorm, dat het team dit eigenlijk niet kan dragen. We bemerkten ook dat het heel erg afhangt met wie je in contact komt te staan (dit is ook vaak regio gebonden). Hierdoor krijgen we een sterk gevarieerd antwoord op dezelfde casus; “Je contacteert ons nu pas?” VS “Dit is niet erg genoeg.” Het systeem wringt hier erg; je zou overal hetzelfde antwoord moeten verkrijgen.

Criteria van indeling groepen, lijkt overal wel hetzelfde te zijn.

- Ernstige situatie= opname
- Minder ernstige situatie= dagbehandeling
- Hulp nodig maar geen ernstige situatie= thuisbehandeling

Ik merk zelf op dat de ernst van de situatie gelijk loopt met de lengte van de wachtlijsten:

- Opname= niet lang wachten
- Dagbehandeling= lang wachten
- Thuisbehandeling= heel lang wachten

Samenwerkingsverband

Alle organisaties spelen wel met het idee om iets te doen aan die totaal verschillende antwoorden van externen. Het duurt daarnaast ook enorm lang voor MB een antwoord ontvangt van deze externen. Ook daar zou aan gewerkt moeten worden.

Spreken in naam van de baby

Er is ook veel schroom en onzekerheid om te spreken in naam van een kind om de veiligheid te garanderen. Natuurlijk is iedereen wel verantwoordelijk om de olifant in de kamer te benoemen. Dit is vaak in het moment zelf best moeilijk als hulpverlener. Deze mening deelden alle aanwezigen.

Er kwam wel een tip; om nadien de patiënt eventueel toch nog apart te nemen om dit te benoemen. Als je er namelijk tóch al over aan het piekeren bent, is dit vaak een teken dat de situatie erg genoeg is om er iets aan te doen. Als dit moeilijk gaat om de patiënt rechtstreeks te confronteren met dit feit, kan het netwerk rondom die persoon altijd gestimuleerd worden om hem/haar hierover aan te spreken.

Wat is goed genoeg

- Ieders waarden en normen zijn anders.
- Beeld kan al eens vertroebelen als je al lang werkt in deze sector.
 - Een verkregen tip: naar jezelf kijken als (mogelijke) mama. Zo kan je beter inschatten of er bepaalde ‘fouten’ van ouders best wel oké/ normaal zijn. Je mag je kind best wel eens laten huilen. Niet alles is perfect.

- Situatie verkeerd inschatten omdat je al lang met zware casussen aan de gang bent.
 - Hierdoor kan het wel is zijn dat je minder snel ingrijpt, terwijl dit wel nodig is.

Hoe nieuwe oplossingen vinden

MB Zoersel:

- Visie dag

Op deze visie dag leerden de hulpverleners door een ethische bril kijken. Er werden kernwaarden vastgelegd, waaruit er een soort 'hydra-methode' tot stand kwam. Het is als het ware een flow-chart om te kijken wanneer de juridische kant moet ingeschakeld worden, maar toch door er eerst intensief over na te denken.

Valkuil in dit model: soms is het voor de baby allemaal 'ja er is juridische hulp nodig' en voor de mama allemaal 'neen er is geen juridische hulp nodig'. Wat doe je dan best? En is het dan ook effectief voor de baby allemaal gevaarlijk?

Hulpverleners kunnen aangeklaagd worden: druk als hulpverlener

Vooraf in Nederland lijkt deze druk te stijgen. De drempel om een klacht in te dienen wordt lager. Dit geldt ook voor andere afdelingen, niet enkel op moeder-baby.

Münchhausen by proxy

Wat doe je in dit geval?

- Politie melding doen

Dit zorgt er vaak voor dat de moeders een aangeklaagd gevoel krijgen, en dat de schrik om hun kind kwijt te spelen stijgt. Langs de andere kant is de baby wel echt in gevaar. Dit is dus weer een tweestrijd tussen het vertrouwen in de therapeutische relatie en het beschermen van het kind.

Er is daarnaast ook de moeilijkheid:

- het letterlijk zien VS een vermoeden

In Nederland (welke van de 2 weet ik niet meer) hebben ze op de afdeling standaard een kinderarts in hun team. Zij hebben een nauwe samenwerking waardoor dit gegeven sneller opgelost kan worden.

De rest van de teams hebben geen eigen kinderarts en moeten daarvoor naar het ziekenhuis. Hierbij is de moeilijkheid dat je je beroepsgeheim niet mag schenden.

Als tip kregen we wel: dat je naar de pediater belt of meegaat met de patiënt, om heel letterlijke feiten uit te spreken. Feiten zeggen veel en als je een nauwe samenwerking hebt, kan het vermoeden van de hulpverlener al snel worden opgepikt door de pediater. Je discretionaire ruimte moet je hierin kunnen gebruiken.

Hoe draagt het team dit alles

Moeilijke casussen werden bij alle organisaties behandeld door:

- casusbesprekingen
- interviews

Als extra, kon er nog toegevoegd worden dat sommigen een 'moreel beraad' houden. Hierin worden alle mogelijke perspectieven, risico's en gevolgen bekeken. Daarin kunnen ook alle klachten van de hulpverleners worden geïnventariseerd. Dit is nog geen oplossing, maar kan helpend zijn om verder te bespreken.

9. HULPVERLENER ZIJN OP EEN MBU. HOE DOEN WE DIT?

Ging over **zorgveranderingen** en de meer horizontale organisatie van onze MBU's en mensen ontmoeten in de tussenruimte, over meer gelijkwaardigheid in de relaties en samenwerking ts hulpverlening en gezinnen. Dit werd verder opgenomen in een cultuur van 'sparren' en in in gesprek gaan waarbij behandeling vaak leidt naar herstel en dankbaarheid van de gezinnen voor de geboden hulp. Er werd ook gesproken over veranderingen in communicatie, waarbij er meer kort op de bal gespeeld wordt en het belang van de sociotherapeutische houding.

Daar werd er ingespeeld op het belang van een goede **basishouding op een MBU**:

Oordeelvrij <-> goed genoeg ouderschap (hoe gaan we daar mee om als het binnensluipt in een casus)

Op handen zitten <-> overnemen (altijd een slingerbeweging / geen hotel/ geen spa)

Belang van de **overdracht**

In Karus: aansluitend op team 30 min intervisie + 1 maal per maand in grote groep

In Bethanie: intervisie gericht op casussen, vanuit methodiek verbindende communicatie, wekelijks, bedoeld om de binnenkant van hulpverleners aan bod te laten komen

In Nederland: open feedbackcultuur, mekaar aanspreken op dingen die niet fijn zijn zal wel eerder individueel verlopen dan in groep

Het **behandelingseigene** van een MBU

- Afstand/ nabijheid: noodzaak tot een warme nabijheid op een MBU/ zou anders niet werken.
- Het thema geeft veel herkenbaarheid: iedereen kent het thema van partner en kinderen, de moeilijke overgang naar het ouderschap
- Op een MBU moet je bewust zijn: contact houden met je eigen kwetsbaarheden
- Het is ook op eierschalen lopen: je hebt er sensitieve hulpverleners nodig
- Geen gemakkelijk werk: wat heb je nodig om dit werk te kunnen blijven doen? Sommigen denken: leuke afdeling, je mag er met baby's werken, maar het is in feite soms heel heftig
- Inzetten op presentie, nadenken over overdracht en een warm, nabije basishouding, dat lijkt ons de referentie om te interveniëren op een MBU

9. ETHISCHE REFLECTIES EN COLLECTIEVE PLICHT ALS ZORG

Perinatale zorg is een belang dat niet enkel door de gehele zorgsector dient gedragen te worden, maar ook door de gehele maatschappij. Het belangt iedereen aan.

Willen we breed (collectief sectoraal) screenen en detecteren van psychische problemen in deze perinatale problemen, dan betekent dat ook dat het een politieke keuze (verantwoordelijkheid) dient te zijn om voldoende zorg en behandeling te voorzien zodat deze zorgvragen gericht kunnen doorstromen. Dit nalaten stelt ons allen voor een ethisch probleem. We screenen wel, we detecteren de problemen die onder de radar blijven, maar we blijven met deze zorgvragen zitten omdat we onvoldoende capaciteit hebben om ze van antwoord te dienen.

Daarbij is het verschil merkbaar dat men in Nederland vooral behoefte heeft aan meer residentiële capaciteit terwijl men in Vlaanderen juist meer thuisbegeleiding en – behandeling nodig heeft. We hebben hierin een verschillende traditie; anderzijds hebben we beiden heel hard nodig willen we een geïntegreerd perinataal GGZ zorgpad creëren dat volledige continuïteit kan waarborgen.

Daarbij komt dat we in België voornamelijk een overheid hebben die gezondheidsbeleid aanstuurt en financiert (al is dat een complex en moeilijk uit te leggen politiek kluwen...), terwijl in Nederland de zorg grotendeels geprivatiseerd en uitbesteed wordt.

Wat betekent dan collectief in deze realiteiten?

Concept van een MBE op zich is ook anders in NL.

In het VK zijn er internationale normen (standaarden) rond hoe een MBE er hoort uit te zien. Dit kan helpend zijn naar eigen overheden of instanties om eigen wensen en noden te onderbouwen.

Jammerlijk beweegt er doorgaans iets in het beleid (middelen, capaciteit,...) als er iets schrijnends gebeurt. Een collectieve, maatschappelijke en politieke verantwoordelijkheid kan er dus in bestaan geen ad hoc beleid te voeren, maar resoluut te kiezen voor een perinataal gezondheidsbeleid op de lange termijn. Zo trek je dit ook echt door naar de volgende generaties en maak je een maatschappelijk verschil van jewelste.

Je dient binnen het domein van de perinatale GGZ niet alle probleemdomeneinen aan te pakken. Hier speelt een gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle zorgactoren. In deze (kwetsbare) periode komen vaak allerlei problemen aan de oppervlakte of op scherp te staan. Het is hier onze collectieve plicht om samen te werken, niet los te laten of 'weg te verwijzen'. Een nest rondom het nest bouwen doe je zelden alleen.

We dienen meer te denken in deeltrajecten waarbij een opname op een MB-éénheid slechts een schakel is binnen een zorg- of behandeltraject. Samenwerkingsverbanden met andere partners (bv perinatale netwerken) zijn daarbij essentieel.

Andere thema's die de revue passeren:

- Het balanceren tussen "het laten bestaan" en "tussenkomen".
- Het niet enkel focussen op de pathologie maar de mens hierin centraal blijven stellen
- Soms weet je dat het fout zal lopen... hoe ga je hier mee om ?
- En het dilemma: als de zorg die je biedt noodgedwongen ophoudt (bv dwingende bepaalde tijdsduur van opname) en de nazorg is nog niet op punt, laat staan de behandeling op haar einde. Hoe ver stretch je dan om je eigen regels aan te passen ?

Besluit: laat ethiek nu een thema zijn dat in heel de zorg heel erg aan de orde is, en binnen de perinatale geestelijke gezondheid extra op scherp komt te staan.

Een onderwerp waar je gemakkelijk een volledige inspiratiedag kan aan wijden...

10. VERSCHILLENDE ZIEKTEBEELDEN

Waarom deze tafel gekozen?

Botsen op hoe samenleven met verschillende ziektebeelden binnen afdeling. Ondersteuning bij depressie is heel anders dan ondersteuning bij problemen met emotieregulatie, psychose,...

- ⇒ Veel uitdagingen!
- ⇒ Veel vragen van zorgvragers: Waarom andere aanpak bij ene mama dan bij andere? => ieder heeft eigen traject, individueel behandelplan.
- ⇒ vb. MBU Zoersel beschikt over studio met aparte douche, keukentje,... Moeders met psychose worden meestal daar opgenomen. Deze aanpak zou ook voor andere teams interessant kunnen zijn, omdat het niet alleen bijdraagt aan geruststelling en herstel van moeder, maar ook aan kalmere sfeer voor rest van de afdeling.

Uitdagingen voor het team bij verschillende ziektebeelden?

- ⇒ Dynamiek is vaak afhankelijk van groepssamenstelling, samen moet er gezocht worden naar veilig en fijn leefklimaat voor iedereen.
- ⇒ Op sommige MBU's is er beperkte ruimte, dit heeft invloed op de beleving van zowel moeders als team. Kleine afdelingen, gebrek aan huiskamers en veel prikkels bemoeilijken een fijne leefomgeving.
- ⇒ Per casus afwegen wat beste keuze is: is het wel interessant dat baby mee wordt opgenomen? Vb. in geval van psychose is baby soms beter af bij familie.
- ⇒ In MBU Zoersel bevinden moeders en hulpverleners zich grotendeels in gemeenschappelijke leefruimte. Bij acute fase van postpartum psychose verblijven moeders soms eerst op andere afdeling tot ze klaar zijn voor groepsgebeuren, open afdeling.
- ⇒ Specifieke zorgnoden: zorgvragers met ASS ervaren vaak moeilijkheden in groep, wat de vraag oproept of opname wel de passende oplossing is?
- ⇒ Er is steeds spanningsveld: Wat is beste keuze voor moeder, baby, hulpverlening ?

Positieve aspecten van diverse ziektebeelden op afdeling?

- ⇒ Zet aan tot zelfreflectie: nieuwe opnames kunnen zorgvragers die al langer op de afdeling verblijven doen inzien hoeveel vooruitgang ze zelf al hebben geboekt.
- ⇒ Perspectief: contact met andere ziektebeelden kan relativiserend werken (tegelijk ook keerzijde: "bij mij is het veel zwaarder", "iedereen gaat naar huis, behalve ik",...).
- ⇒ Moederschap zorgt wel steeds voor VERBINDING over de grenzen van ziektebeelden heen.

Vast team rond moeders?

In sommige MBU's wel, in anderen niet.

- ⇒ Continuïteit in het team biedt stabiliteit voor moeders en baby's.
- ⇒ Wisselingen in begeleiding kunnen extra stress geven.
- ⇒ Emoties zijn altijd heftiger wanneer er baby's bij betrokken zijn!

Intervisies met hulpverleners?

- ⇒ Frequentie verschilt per MBU: wekelijks, 2-wekelijks of maandelijks.

- ⇒ Inhoud verschilt per MBU: in het ene team gekoppeld aan casusoverleg, in het andere team niet. Altijd gericht op waar we tegenaan lopen als team. Wat doet dit met ons als hulpverlener? Wat voelt moeder hierbij? Wat voelt baby?
- ⇒ Intervisie is vaak te kort maar zeer helpend. Bij jezelf inchecken en relativeren geeft rust!

Verschillende ziektebeelden vragen dus verschillende aanpak, maar uiteindelijk willen we op MBU allemaal hetzelfde bereiken => mooie verbinding tussen moeder en baby.

11. FAMILIE EN CONTEXT

De problematiek rond de context van een moeder en baby, lijkt te laatste jaren meer te worden belicht. Er is meer oog voor het systeem rondom moeder en baby. Hiervoor wordt bijvoorbeeld de hulp van psychologen, systeem- en ouder-kind therapeuten ingezet.

Vanuit de verschillende units wordt gedeeld dat we ervaren dat we de laatste jaren steeds meer te maken krijgen met sociale problematiek binnen de systemen van de moeders.

Op alle verschillende units, zowel in België als in Nederland, wordt geprobeerd het netwerk van de moeder en de baby te betrekken bij de behandeling, of als hechtingspersonen voor de baby naast de eigen ouders. In Zoersel is er veel ruimte voor bezoek van familieleden binnen de unit. Deze zijn welkom in de huiskamer als bezoek, maar ook om voor de baby te zorgen wanneer moeder hiervoor niet in de gelegenheid is.

In de units in Utrecht en Rotterdam is dit minder het geval. De partner is te allen tijde, afgezien van de nachten, welkom. In sommige gevallen wordt een ander familielid als tweede hechtingspersoon ingezet. Bijvoorbeeld wanneer de partner minder aanwezig kan zijn. Bezoek van andere familieleden/vrienden vindt elders plaats. Ook om de rust voor de andere moeders op de unit te waarborgen.

In Zoersel kan de partner bij moeder overnachten (tegen een kleine vergoeding). De partner hoeft in de nacht geen zorg te dragen voor de baby. Hiervoor is speciale nachtzorg.

Het contact met de partner van moeder, maakt soms het werken met de moeder beter mogelijk, doordat de partner veel kan vertellen over hoe hij zijn vrouw/vriendin kent in hun persoonlijke situatie en meer informatie heeft over hun systeem.

Er is een verschil in het aanvragen van nazorg voor thuis, tussen België en Nederland.

In Nederland bestaat de mogelijkheid om het 'wijkteam' van de gemeente waar het gezin woonachtig is, in te schakelen. In het team werken medewerkers vanuit verschillende disciplines met elkaar samen, Jeugd- en Gezinscoaches, Maatschappelijk werkers, Gedragswetenschappers en Medewerkers Volwassenen GGZ. Vanuit dit wijkteam kunnen verschillende vormen van zorg ingezet of aangevraagd worden, zoals bijvoorbeeld Steunouder, regelen van kinderopvang, inzet van familieleden of vrijwilligers, thuiszorg, hulp bij schulden, verslavingsproblematiek en huisvesting, enzovoorts. Ook kan er door het wijkteam bindende afspraken met professionele organisaties worden gemaakt.

We delen de zorg dat er een 'gat' lijkt te bestaan tussen de afdeling en thuis. Moeders geven aan dat het leven op de afdeling vaak afwijkt van hun realiteit thuis. In Nederland is er de mogelijkheid om, richting het einde van de opname, meerdere keren per week op verlof te gaan met in totaal 3 overnachtingen (woensdag op donderdag en van vrijdag t/m zondag).

We vragen ons af of de unit soms niet een 'te veilige omgeving' wordt voor de moeders, waarin de zorg voor hun baby kan worden overgenomen en veel van de dagelijkse zorg uit handen wordt genomen.

Het streven van elke unit is dat er wordt gestreefd naar 'samen dragen'. In eerste instantie binnen de zorg van de unit en richting ontslag door ouders en hun systeem/netwerk binnen hun eigen omgeving en context.

11. THUISBEHANDELING

Voorstelronde gedaan en ervaring uitgewisseld.

Thuisbehandeling in Gent (moeder baby team) heeft een traject van 1 jaar wat eventueel verlengd kan worden tot 18mnd. IMH is hierbij geïntegreerd met de GGZ zorg. Per sessie is er Max 2 uur, waarbij er therapie thuis wordt geboden (CGT, exposure, dagstructuur, inzet van systeem, hulpvraag gericht). Sommige sessies worden op locatie gegeven. De overheid financiert deze vorm van zorg, ook vanuit opname afwenden.

Teamvergaderingen wisselen van samenstelling afhankelijk van de locatie.

NL: anders ingericht waarbij kindzorg en behandeling van moeder vaak separaat geregeld is (CJG/ GGZ). Mobiel crisisteam alleen inzetten voor Max 10wkn. Signaleringsplan peripartum geeft hierin hulp aan pte en ook hulpverlening. Gesproken over cultuurspecifieke zorg, waarbij sommige patiënten groepen deze zorg aan huis afhouden. Schaamte speelt in veel groepen mee. Thuiszorg is primair met 1 persoon. Bij duidelijke onveiligheid wordt met 2 overwogen dan wel opschalen naar een opname. Vaak is er een consult voorafgaande aan thuiszorg waarin ptn al gemotiveerd worden en zorg wordt ingeschat. De zorg is in vrijwillig kader.