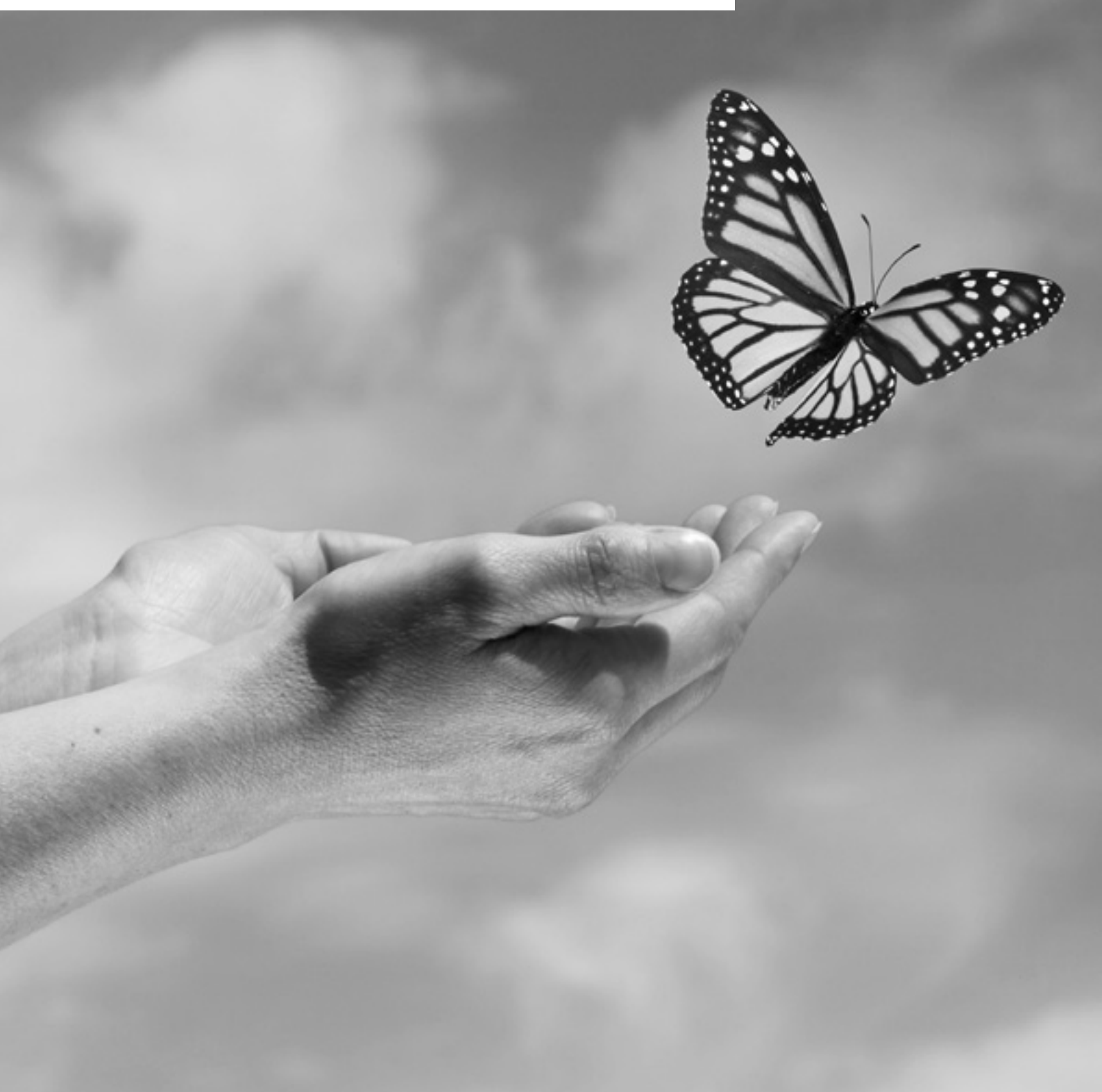


Informatieblad van het overlegplatform 'Samenwerking Psychiatische Initiatieven Limburg'



overspoil

jaargang 17 • nummer 39 • november 2010



Editoriaal	2
Innovatie door integratie	4
Groepstherapieën voor kinderen en jongeren	9
Ontmoeten... Groep... Ontmoeten in groep... ONTMOETINGSGROEP	10
"Artikel 107"	12
Nieuw! Spil-Overleg over bewoners opvangcentra Limburg	14
KOPP OP! Tijd voor onderzoek en resultaten	16
Samenwerkingsprojecten tussen GGZ en VAPH	18
De meerwaarde van casusoverleg in de totstandkoming van een cliëntgericht zorgtraject	20
De rol van de geestelijke gezondheidszorg binnen de eerstelijnsgezondheidszorg?	24
Hartenwens 2010	25
SIT of SEL? Of beiden? En Listel dan?	26

Jaarlijks tijdschrift
Jaargang 17
Nummer 39, november 2010

Foto cover: Vaes Grafische Producties bvba

Verantwoordelijke uitgever:
J. Poncelet, Secretariaat OverSpil,
2de directie - afdeling 4,
Universiteitslaan 1, 3500 Hasselt

Kernredactie:
Dafne Bollen, Miet Smeets,
Bert Plessers, Jaak Poncelet

Redactiesecretariaat:
Miet Smeets, SPIL
Universiteitslaan 1, 3500 Hasselt
Tel. 011 23 72 99

Enige gelijkens tussen personen uit het fotomateriaal met bestaande personen is niet gewild en berust op louter toeval.

Vermaatschappelijking van zorg: een opdracht voor velen

Jaak Poncelet



De vermaatschappelijking van de zorg is erop gericht mensen met een psychiatrische problematiek zo veel mogelijk onderdeel van de "gewone" samenleving te laten blijven of te laten worden. Zorgverleners dienen zolang als mogelijk hun zorg aan te bieden in de natuurlijke "context" van de patiënt, in zijn of haar gewone "woon- en leefomgeving." Diensten die voor iedere burger toegankelijk zijn, zoals welzijnsdiensten, sport, arbeidsbemiddeling en educatie zouden ook voor psychiatrische patiënten vlot toegankelijk moeten zijn.

In de vermaatschappelijking van de zorg hebben diverse partijen een belangrijke opdracht te vervullen.

De intramurale voorzieningen dienen na te gaan of de patiënten voor hun

behandeling wel effectief een bed of (dag)stoel nodig hebben. Artikel 107 biedt mogelijkheden om samen met andere actoren en partners alternatieve zorgvormen uit te bouwen, zorgvormen die beter aansluiten bij de thuisomgeving van de cliënt. De middelen voor 24u opname of dagbegeleiding kunnen geheralloceerd worden in intensieve thuiszorg, ACT, intensieve woonbegeleiding, activeringsinitiatieven, Deze initiatieven zitten vervat in functie 2 en 3 van het door de overheid aangereikt kader (zie artikel "Artikel 107").

Niet alleen de instellingen dienen zich te heroriënteren, ook de hulpverleners die er werkzaam zijn. Nog te weinig GGZ medewerkers zijn voldoende maatschappelijk georiënteerd. Medewerkers zijn vanuit hun

opleiding te exclusief georiënteerd op psychische defecten en te weinig gericht op het "gewone" leven. Ze dreigen hiermee de voeling met de familiale context, met de woon- en leefsituatie van de patiënt te verliezen. Contacten met familie en vrienden mogen niet verloren gaan. In de mate van het mogelijke moet een ziekenhuisopname voorkomen worden. Indien een opname onontbeerlijk is, mag deze niet langer duren dan nodig. Bij een ziekenhuisopname moet de afstand tussen het ziekenhuis en de thuissituatie zo klein mogelijk gehouden worden. Patiënten hebben vaak meer nood aan "in vivo" trainingen. Uit onderzoek is gebleken dat vaardigheidstrainingen in de thuissituatie veel effectiever zijn dan de leersituaties in het ziekenhuis. Het sociaal netwerk moet voldoende gekend zijn en mee in de begeleiding betrokken worden. Dat netwerk moet zo nodig versterkt worden. Er dient aandacht besteed te worden aan de draagkracht van de familie. Het beleid van extramuralisering zal vaak een grotere belasting betekenen voor het thuismilieu. Ook familieleden moeten beroep kunnen doen op ondersteuning door de hulpverlening. Uiteraard mogen de KOPP- en KOAP-kinderen niet aan de aandacht ontsnappen.

De welzijnsdiensten dienen zich op de extramuralisering voor te bereiden. Organisaties die zich oriënteren op arbeid, vrije tijd, opleiding of cultuur moeten bijzonder gevoelig zijn voor de specifieke noden van psychiatrische patiënten. Ook moet een goede samenwerking uitgebouwd worden met de eerstelijns werkers, meer in het bijzonder met de huisartsen en de reguliere thuiszorgdiensten. Een goede samenwerking met de eerste lijn

verhoogt de kans dat de vermaatschappelijking van de zorg kan slagen. Goed overleg en respect voor ieders deskundigheid zijn aandachtspunten.

Ook de gemeenten hebben in het inclusieproces een belangrijke opdracht te vervullen. Hoe GGZ-mind is een stad of een gemeente? Een stad straalt maar kracht uit, heeft maar goede smaak, is maar apart, leeft maar echt, ... als ze ook expliciet de integratie als beleidsopname neemt! Heeft de gemeente aandacht voor het wonen van psychiatrische patiënten? Zijn haar instellingen en diensten voldoende toegankelijk voor mensen met een psychiatrische problematiek? Zijn de gemeenten niet te sterk gericht op de zgn. YAVIS-people, mensen die het label van Young, Attractive, Verbal, Intelligent en Social met zich meedragen? Een stad moet - letterlijk en figuurlijk - ook mensen met beperktheden een "plaats" geven, in de gewone buurt, in de gewone straat, ...

Uiteraard hebben de hogere federale en gemeenschapsoverheden ook hun rol te vervullen. Met art. 107 hebben zij een waardevol kader gecreëerd dat de vermaatschappelijking van zorg mogelijk maakt. Hopelijk zijn de incentives voldoende toereikend om de deinstitutionalisering verder vorm te geven. Toch zal hiermee niet alles opgelost geraken.

Heel vaak wordt ons land vergeleken met andere landen, meestal beperkt men de vergelijking tot het verschil in aantal bedden. Men mag echter niet vergeten dat onze overheid niet meer aan GGZ uitgeeft dan de ons omringende landen, eerder integendeel. Met een herallocatie van bestaande middelen zullen nog vele

zorgvragen onbeantwoord blijven. De penibele financiële situatie van ons land laat jammer genoeg weinig ruimte om de GGZ nog professioneler uit te bouwen.

Tenslotte heeft ook de gewone burger een belangrijke opdracht in de vermaatschappelijking van de zorg. Vaak wordt het stijgend individualisme van de burger als een probleem ervaren. De psychiatrische patiënt voelt zich steeds minder welkom in zijn buurt. De sociale bewogenheid voor mensen met psychiatrische problemen is vaak groot maar weerhoudt de burger er toch niet van letterlijk en figuurlijk afstand te nemen. Menig hulpverlener is getuige van het "not in my backyard" syndroom. Zit onze samenleving wel te wachten op al die mensen met een psychiatrisch probleem? Sommige patiënten voelen zich onveilig, geen "gewone" onveiligheid, maar onveiligheid die te maken heeft met discriminatie, gepest worden, uitgelachen worden, uit het café of restaurant gezet worden. Er is nog heel wat werk aan de winkel. Niemand mag eraan ontsnappen. Ieder heeft in het raderwerk een belangrijke en aanvullende rol te vervullen. Onze samenleving hoeft niet volmaakt te zijn, ze zal echter meer volmaakt zijn als ze aan meer mensen met beperktheden voldoende ruimte laat om er te wonen, te leven en te werken, als één van de hunnen, met veel respect en evenwaardig. Samen maken wij er werk van...



Innovatie door integratie

Op 1 januari 2011 worden de Psychiatrische Ziekenhuizen Ziekeren en Sancta Maria één vzw. "Op verschillende fronten een serieuze evolutie", haalt Jos Moers, directeur van PZ Sancta Maria, aan in een interview met de redactie van Overspil. Jos Moers schetst in dit interview de groei naar samen zorginhoudelijk beter worden en zorgstrategische plannen ontwikkelen in een heus regionaal verhaal.



Kunt u zichzelf even voorstellen?

Ik werk ondertussen acht jaar in het ziekenhuis. Voordien werkte ik in de zorg voor personen met een handicap. Ik ben orthopedagoog van opleiding; vandaar de link met gehandicaptenzorg wat lang mijn biotoop is geweest. Uiteindelijk was ik een zevental jaar directeur van een Medisch Pedagogisch Instituut in Oost-Vlaanderen. Maar gezien de afstand, we wonen in Montenaken (Gingelom), bleek dit niet meer haalbaar en heb ik gesolliciteerd in het Psychiatrisch Ziekenhuis (PZ) Sancta Maria .

De fusie Sancta Maria en Ziekeren! Waar is dit idee geboren? Mogen we eigenlijk spreken van een fusie of hoe moeten we het nu eigenlijk noemen?

Wij spreken over "een integratie".

Hoe zou u "een integratie" dan definiëren?

Dat is niet gemakkelijk uit te leggen. Eigenlijk willen we met dit woord

benadrukken dat we niet zomaar twee dingen bij elkaar "klutsen". Integratie is innovatie. Dit willen we duidelijk communiceren en aangeven aan onze medewerkers en aan de buitenwereld. We willen een nieuw project realiseren, hoewel 'nieuw' natuurlijk relatief is.

De samenwerking met de Algemene Ziekenhuizen (AZ) vormt een essentieel luik in onze integratie, naast nog heel wat evoluties die voor een stuk al bezig waren en die we nu consolideren of integreren in het proces. We maken op verschillende fronten serieuze evoluties door. Dit betekent ook voor de medewerkers dat zij op al die punten, in heel dat complex gebeuren, mee moeten. Dit vormt natuurlijk een uitdaging op zich.

Waar komt het idee van integratie vandaan?

Eigenlijk zijn er al jaren, al toen ik hier begon te werken, gesprekken tussen Ziekeren en Sancta Maria aan de gang. Op een bepaald moment hadden we zelfs, nu spreek ik van einde de jaren 90, een gezamenlijk project in gedachte met het AZ Sint-Trudo. Dit is on hold gezet, onder meer door directiewissels in Sancta Maria. Het nieuwe directieteam moest zich eerst positioneren, nadenken over de toekomst. Eigenlijk is toen het idee voor de samenwerking met de algemene ziekenhuizen (AZ) verder gegroeid, vooral onder impuls van dr. Jos Bollen, de vorige hoofdgeneesheer. We vonden dat de breuk tussen de algemene gezondheidszorg en de geestelijke gezondheidszorg geen goede zaak was en

dat we op zoek moesten naar hoe we mekaar konden ondersteunen, ontmoeten, beïnvloeden... . Je merkte ook dat bepaalde AZ het gebeuren rond psychiatrie en GGZ verder ontwikkelden binnen hun eigen muren. Onze mening was dat we dit best als PZ en AZ samen deden. Wij hebben veel expertise en misschien kunnen we die op één of andere manier overbrengen naar het AZ. De start van de integratie en de samenwerking met de AZ viel niet toevallig samen.

Tijdens deze denkoefening kwam de vraag naar intensere samenwerking tussen PC Ziekeren en PZ Sancta Maria terug sterker naar voren. Het thema samenwerken met algemene ziekenhuizen is meteen prioritair meegenomen in de bilaterale gesprekken.

Op Sint-Truidens vlak was er samen al heel wat gerealiseerd: Bewust, Psychiatrische Zorg in de Thuisituatie, activering... . We ontmoetten elkaar en creëerden projecten, maar tussen de twee PZ zelf hadden we het gevoel dat we substantieel niets méér creëerden. Moesten we toch niet wat minder vrijblijvend samenwerken? Tegelijkertijd was dit een beetje de evidentie zelve, zowel voor de buitenwereld als voor de personeelsleden. De eerste week dat ik in Sancta Maria werkte, kreeg ik al de vraag: 'En, hoe zit dat nu met Ziekeren?'.

In 2007 is er een intentieverklaring onderschreven door beide raden van bestuur met een aantal speerpunten. We hadden de intentie om samen te werken en wilden op zijn minst

complementair werken wat betreft bepaalde zorgprogramma's. Daarnaast werd de samenwerking met de AZ ingeschreven. Het 'samen willen optreden in het netwerk Sint Truiden' speelde ook een rol. Een laatste belangrijk en heikel punt vormde de spreiding van GGZ-voorzieningen in Limburg. We hebben toen al geschreven dat we dit wilden onderzoeken en bespreken. Dit vormde de vier inhoudelijke speerpunten in de intentieverklaring. Nadien is pas bekeken welke structuur de beste voorwaarden bood om deze doelstellingen te realiseren. Op dat ogenblik stemden we ook onze zorgstrategisch plannen af binnen de grenzen van de erkenningen. Dit bleek kunstmatig aangezien er niet vanuit zorginhoud maar vanuit evenwichten vertrokken werd. Gaandeweg hebben we dan verdere stappen gezet en in 2009 zijn een aantal structuren, zowel op beheers- als op directieniveau, opgericht waarbij we expliciet formuleerden op weg te zijn naar een integratie. Op beheersniveau is een beheerscomité opgericht met een paritaire samenstelling van beheerders. Hierbij sloten ook de algemene directeurs en hoofdgeneesheren van de twee PZ aan als een soort projectdirectie; een kern die het proces moest activeren.

Intussen hebben we veel gesprekken gevoerd met de AZ dat geleid heeft naar een regionaal verhaal waarbij we uiteindelijk met drie partners tot een overeenkomst willen komen: Sint-Trudo in Sint-Truiden, Sint-Franciscus in Heusden-Zolder, Jessaziekenhuis (Virga Jesse en Salvator). Oorspronkelijk was dit "een beddenverhaal". We hadden het idee dat je "om goed te kunnen samenwerken met een AZ" allicht beter daar aanwezig bent. We hadden een voorlopige verdeling gemaakt van drie maal 30 bedden per partner die we zouden delocaliseren.

Uiteindelijk is besloten het aantal bedden voor Heusden-Zolder te verhogen naar 60 voor enerzijds een resocialisatieafdeling van 30 bedden, anderzijds een afdeling ouderenzorg. De aantallen zijn enkel richtinggevend en kunnen nog variëren. Fysisch is het doenbaar om binnen het concept van de nieuwbouw van Heusden-Zolder voor hun PAAZ, aan te sluiten bij de geriatrieafdeling waardoor samenwerking ook ruimtelijk wordt gefaciliteerd. Sinds geruime tijd onderhandelen we, in verband met dit project, met de overheid. Er wordt binnenkort een voorstel tot samenwerkingsakkoord tussen beide ziekenhuizen bij de minister ingediend. Ook het LITP is hierbij als ambulante zorgactor bij betrokken. Voor de overheid is het een complex verhaal. Voor hen zou het betekenen dat er in één gebouw psychiatrie wordt uitgebouwd; respectievelijk uitgebaat door het algemeen en het psychiatrisch ziekenhuis. De stelling is immers steeds geweest dat de gedelocaliseerde bedden in portefeuille blijven van het psychiatrisch ziekenhuis. Uiteraard is het de bedoeling om een intense samenwerking inzake bestuur en operationalisatie tussen de betrokken actoren uit te bouwen. Integratie van algemene gezondheidszorg en geestelijke gezondheidszorg op deze wordt op deze wijze één van de diverse vertaalslagen van samenwerking. Voor een overheid is dit inhoudelijk een waardevol concept, er moeten echter nog een aantal administratieve moeilijkheden worden opgelost. Wij hebben echter het nodige vertrouwen dat een en ander opgelost geraakt.

Hebben jullie al een antwoord op deze laatste kwestie ?

Er zijn veel praktisch veel vragen... Nu, wij hebben daar heel wat

antwoorden op, maar het is ook een juridische kwestie inzake aansprakelijkheid. We hebben wel het gevoel dat de minister en het kabinet en ook de administratie inhoudelijk achter het idee staan en dit een goed concept vinden en dat de administratie mee zal zoeken naar oplossingen. Intussen zijn er overigens ook andere regio's die soortgelijke projecten willen ontwikkelen.

De oorspronkelijke ideeën die werden gedeeld op het congres van GGZ 2008 zijn dan eigenlijk veranderd?

Ja. het regionaal ziekenhuis Sint Trudo vroeg zich af waarom we hier een eenheid van dertig zouden bij creëren terwijl er twee psychiatrische ziekenhuizen vlakbij zijn. Zij hebben meer nood aan opvang gelinkt aan de spoedafdeling. Ook de liaison zouden we sterker willen uitbouwen. De gesprekken met het Jessa Ziekenhuis nemen wellicht een andere wending. Komt daar nog bij de ganse evolutie inzake artikel 107. Daarnaast - en dan spreken we over het 4e punt van de intentieverklaring tot samenwerking tussen beide PZ, namelijk de problematiek van de spreiding van de GGZ in Limburg - weten we dat het Noorden sterk vragende partij is voor uitbouw van zorg in hun regio. Dat ligt moeilijk en gevoelig. Wij hebben contacten en blijven die contacten houden, we erkennen noden en we willen daar in mee denken maar we zijn beperkt. Er staan ons met de integratie, de reeds vermelde delocalisatie/samenwerking met de algemene ziekenhuizen en artikel 107 reeds enorme uitdagingen te wachten. Niet in het minst willen we hiertoe beroep blijven kunnen doen op het enthousiasme van onze artsen en medewerkers. Er zijn mogelijks ook de andere ziekenhuizen



die een rol kunnen spelen. Dit is allemaal besproken in het sectoroverleg, maar het blijft een moeilijk punt. Maar goed, we blijven 'on speaking terms', zoals dat heet.

Ok, dan gaan we terug de brug maken naar de integratie. Wat zijn nu eigenlijk de voor- en nadelen van de integratie? Wat is de meerwaarde voor personeel en patiënten, voor de provincie? Wat zijn de doelstellingen?

Eén van de doelstellingen is dat we denken dat we betere zorg kunnen aanbieden door 'dubbels' te vermijden en door de reeds aanwezige specialisatie verder uit te bouwen. Het voordeel van de samenwerking is ook dat operatie 'artikel 107' iets makkelijker kan verlopen. Je verenigt krachten. De impact op de organisatie gaat minder groot zijn als je groter bent.

We kunnen naar onze medewerkers toe toch wel perspectieven bieden en een aantrekkelijke werkgever blijven/worden. Mensen krijgen, denk ik, mogelijks meer kansen op zowel

horizontale als op verticale promotie. Dat is nu misschien niet direct het belangrijkste punt, maar ik denk dat mensen toch wel meer kansen krijgen om te groeien. Daar staat tegenover dat we verschillende culturen moeten synthetiseren en ook een stuk afscheid nemen van wat er nu is. We voelen aan dat personeelsleden zich daar zorgen over maken. Dat is ook heel begrijpelijk. Blijkbaar zijn de cultuurverschillen niet te onderschatten, ook externen geven dit aan. Hier moeten we rekening mee houden. Dit is ook een punt waaraan we in het heel proces expliciet aandacht besteden. Parallel daarmee gaan we werken aan een nieuwe opdrachtverklaring en missie die we een nieuw elan willen geven. Medewerkers moeten voldoende en tijdig geïnformeerd worden om hen hierin mee te krijgen en het positieve daarin te laten ervaren. Efficiënte communicatie, samspraak,, responsabilisering en subsidiariteit worden zeer belangrijke instrumenten, te hanteren door iedereen. Dat is het proces waar we nu voor staan, de grote uitdaging.

Op welke manier worden de medewerkers betrokken?

Je hebt natuurlijk eerst de vakbond waar je gaat onderhandelen rond arbeids- en loonvoorwaarden. Maar wat betreft het hele gebeuren rond het procesmatige, gaan we specifieke groepen installeren rond identiteit, changemanagement, ... om voelsprietten te creëren binnen de organisatie zodat we geen stappen overslaan, niet te vlug gaan, constant feedback krijgen. Een klankbord, zeg maar. Dit is een concreet project wat we de komende weken, maanden gaan uitwerken.

Vanuit het zorgstrategisch plan zijn er drie grote projecten. Je hebt de integratie, de samenwerking met de AZ en artikel 107. Naar mijn aanvoelen gaat art 107 op langere termijn een veel grotere impact hebben dan de andere projecten. Rond deze drie projecten denken we na. Er zijn een aantal grote contouren klaar. Op een gegeven moment kwam de vraag of we twee campussen moeten behouden? Vervolgens hebben we economisch en praktisch een afweging gemaakt en dan zou één



campus het meest interessant zijn. Maar puur naar zorg toe, vinden we dit eigenlijk niet goed. Ook naar beeldvorming toe, creëer je een mega-instelling. Dus we hebben besloten om de twee campussen te behouden, maar wat doelgroepen betreft de volwassenenpsychiatrie op de campus Ziekeren te realiseren en de 'kinderen en jongeren' en ouderenpsychiatrie op campus Melveren. Hierbij willen we de jongvolwassenen expliciet een plaats geven.

Er zal op termijn nogal wat verhuisd moeten worden. Maar dit moet allemaal eerst gevat worden in een masterplan, er moeten bouwprojecten opgestart worden, Deze plannen hebben natuurlijk een grote impact en creëren onzekerheid bij het personeel. Waar ga ik terechtkomen? Is het nog voor mij op de leeftijd van 55 jaar? Mensen maken zich zorgen en willen begrijpelijk graag heel concrete informatie. We geloven in een organisch, begeleid proces en dit proberen we aan de medewerkers duidelijk aan te geven. Niemand zal van vandaag op morgen bij wijze van voorbeeld verplicht in Heusden-Zolder moeten gaan werken. Zo

werkt het niet. Dat doen we nu ook niet. Maar goed, het creëert wat onzekerheid en je kan vandaag moeilijk timen. Eerst dienen de zorgprogramma's duidelijk gedefinieerd te worden, dan kan je een zorgstrategisch plan opstellen om dit daarna vorm te geven via een masterplan. Bouwen veronderstelt het opstellen van dossiers, indienprocedures en wachttijden. We kunnen bijgevolg geen concrete uitspraken doen over wanneer er effectief verhuisd zal worden. Dit kan wellicht in een later stadium; bijvoorbeeld als een bouwaanvraag gebeurd is...

Zijn er nog andere doelgroepen, vernieuwende units of ideeën rond integratie?

In werkgroepen, met betrokkenheid van psychiaters en leidinggevend in de zorg van beide ziekenhuizen, zijn we nu een globaal zorgstrategisch plan aan het opstellen. We hebben aan elke werkgroep de vraag gesteld wat er voor de specifieke doelgroep nodig is in de toekomst. Ook al weten we dat artikel 107 systema-

tisch en geleidelijk zal opgebouwd worden, vragen we nu al om ook daarover na te denken.

Kan je de werkgroepen die er zijn, eens kort benoemen? Hoeveel zijn er dat? Waar ligt de focus op?

Voor doelgroepen die vandaag hoofdzakelijk hier of in Ziekeren worden behandeld proberen we gemeenschappelijk overleg te organiseren. Er zijn 7 werkgroepen: Kinderen en Jongeren, Jong Volwassenen, Ouderenzorg, Algemene psychiatrie, Psychose en mentaal gehandicapten, Afhankelijkheid en Seksuele gedragsstoornissen en PVT. De groepen zijn samengesteld uit psychiaters en coördinatoren/cluster verantwoordelijken die dit ook terugkoppelen naar de werkvloer.

Dus voor iedere doelgroep wordt er gekeken wat de toekomstige...

Ja, hoe we dit verder uitbouwen. De bedoeling is te komen tot een synthese, de krijtlijnen zijn natuurlijk



onder meer het totaal erkende bedden/plaatsen van de ziekenhuizen. Gegeven de operaties inzake delocalisatie en artikel 107 betekent dit geen makkelijke oefening. Momenteel is er meer dan voldoende vraag naar opname. De transfer maken naar meer ambulante zorg via artikel 107 zal nog heel wat informatie, motivatie en enthousiasme vragen. Het vraagt toch een stuk loskomen van wat er nu is en op vandaag ook nog nodig blijkt.

Wat zijn de vooruitzichten van de integratie? Naar timing toe, staan er bepaalde data vast?

Op 1 januari 2011 worden we één vzw. Vanaf één januari is er een nieuw bestuur en zal ook het nieuw organogram duidelijk zijn en moeten functioneren. Maar er moet nog ontzettend veel voorbereid en uitgewerkt worden. We hebben vandaag dus helemaal nog geen antwoord op vragen als: Hoe moet de administratie eruit zien? Waar moet dit komen? Hoe gaan we om met het verschil tussen beide IT-systemen? Wat moet er met "de keuken" gebeuren? Naast de aspecten van zorg zijn andere aspecten ook nog niet helemaal uitgewerkt.

Het bestuursniveau is tegen januari 2011 wel uitgewerkt?

Ja. Het vertrekpunt is 'vzw Sancta Maria'. Deze vzw blijft bestaan, maar krijgt andere statuten, een gewijzigde samenstelling en een naamswijziging op termijn. Nu noemen we deze

voorlopig 'Psychiatrische Centra Sint-Truiden', maar we moeten een nieuwe vlotte naam zoeken. Er wordt een nieuwe vzw opgericht bestaande uit bestuurders van Sancta Maria en bestuurders van de Broeders van Liefde. Er is een beheerscomité met een paritaire samenstelling dat minstens de komende vijf jaar zal blijven bestaan. Dit heeft de voorbije anderhalf jaar reeds heel goed gewerkt.

Is het de bedoeling dat per 1 januari 2011 de directie op één locatie zit?

Praktisch bedoel je? Nee, dat is nog allemaal niet duidelijk. Er moet ook gekeken worden in het kader van het masterplan. Waar heb je de gebouwen? Wat is functioneel? Wat is nodig? Wat is belangrijk? Ik hoorde in het Jessa Ziekenhuis zeggen, dat het ook belangrijk is dat je de twee campussen blijft valideren door bijvoorbeeld als directie te blijven vergaderen op de twee campussen. Het is zeer belangrijk naar perceptie toe dat je niet alles in één campus vestigt. We zijn echt bezorgd om de identiteit. Die identiteit verandert evengoed voor Ziekeren als voor ons. We gaan er samen iets nieuws van moeten maken. Dus de timing ligt nog niet vast. Er moet nog veel bekeken worden.

Artikel 107 dan misschien nog kort? Kunt ge daar een tipje van de sluier lichten over de ideeën die er hier rond zijn? Ik neem aan dat er wel enkele ideeën zullen zijn?

De timing van artikel 107 komt voor ons enerzijds wat vroeg, anderzijds is het goed dat we hierop al kunnen anticiperen in het kader van ons toekomstig zorgstrategisch plan. In ons traject voorzagen we dat de werkgroepen in verband met het zorgstrategisch plan, inclusief artikel 107 klaar zouden zijn tegen 29 oktober. Begin juli hebben we alle geïnteresseerde actoren van de regio Zuid-West-Noord Limburg uitgeno-

digd om te praten over artikel 107. Die vergadering is doorgegaan en kende een grote opkomst. De meeste actoren waren aanwezig. Daar is de afspraak gemaakt dat we met iedere actor apart gingen overleggen. Tot vandaag zijn we reeds zover dat de meeste actoren zich hebben geëngageerd om binnen de 'Reling' (naam van het GGZ-netwerk Zuid-West en West-Limburg) aan netwerking te doen en in die zin een platform tot stand te brengen voor een project binnen artikel 107. Intussen is een dossier bezorgd aan de federale overheid.

Slotvraag: hoe ziet de nieuwe directiestructuur eruit en vooral; wie wordt de nieuwe directeur?

Weet je, wij hebben altijd gezegd dat de organisatorische invulling voor later is en dat we ons daar niet over zouden bekommeren. Maar op een gegeven moment sta je er toch voor. Op zich vind ik dat wel een goede ingesteldheid, want als je daarmee vertrekt, dan wordt het moeilijk... Onlangs is beslist dat er een beperkte directieploeg komt. Daarnaast, voor wat betreft facilitair, financiën en kwaliteit, wordt er gekozen voor managers die vanuit hun expertise het zorggebeuren ondersteunen. Een aantal principes liggen hieraan ten grondslag. Een eerste principe is dat de zorg centraal staat, ook in het organogram. Een tweede principe is subsidiariteit, nl. beslissingen laten nemen op het niveau waar ze kunnen genomen worden op basis van aanwezige expertise. Momenteel wordt er, zoals eerder al gezegd, gewerkt aan de definiëring van zorgclusters om daarna de respectievelijke zorgmanagers aan te duiden. Het organogram van de nieuwe organisatie is dus nog niet helemaal klaar. Wat gekend is, is reeds intern gecommuniceerd. Binnenkort zal dit organogram ook 'wereldkundig' gemaakt worden.



Groepstherapieën voor kinderen en jongeren

Begin 2010 kwamen de kinderequipes van de Limburgse CGG's een eerst maal samen tijdens een gezamenlijk vormingsinitiatief. Dit wilden we niet onopgemerkt voorbij laten gaan. Een korte beschrijving ter inspiratie... Het volgend artikel gaat overigens dieper in op een nieuwe ambulante groepsaanbod, nl. de ontmoetingsgroep.

Op 26 februari 2010 verzamelden zowat alle medewerkers van de kinderteams van de Limburgse CGG zich op de Welzijns-campus te Genk voor een eerste gezamenlijke

vormingsinitiatief. Doel van de dag was het aanbod van groepstherapieën in Limburg aan elkaar voor te stellen, ervaringen uit te wisselen, en elkaar te stimuleren om de mogelijke plaats van deze werkvormen binnen het eigen therapeutisch aanbod te evalueren. Het werd een verfrissende, enthousiasmerende dag. Na een kort maar warm welkom door Jos Geebelen namens de 3 CGG-directeurs, gaf Katrien Van Loon een overzicht van het bestaande, uitgebreide aanbod van groepstherapeutische werkvormen in de verschillende CGG-vestigingen. Vervolgens besprak Caroline Vanderhallen vanuit psychodynamisch perspectief enkele processen en aandachtspunten binnen het groepsgebeuren, vooral dan de meer

exploratieve en ervaringsgerichte groepstherapieën.

Het grootste deel van de dag werd evenwel besteed aan workshops, waarin concrete werkvormen werden voorgesteld en ervaringen uitgewisseld. Hier kwamen de verschillende groepstherapievormen (zie vet-cursief in onderstaand schema) aan bod die vanuit de verschillende CGG kinderequipes worden aangeboden:

Zowat alle deelnemers maakten dezelfde vaststellingen. De aanwezige expertise in de kinderteams voor de verschillende werkvormen is zeer groot. Maar de bescheidenheid om hierover te communiceren of naar buiten te treden is minstens even groot. Er is ook een grote bereidheid

Groepstherapieën voor kinderen en jongeren vanuit DAGG

Lommel **Oudergroep van kinderen met ADHD** (ism Lieve Swinnen)
Sociale Vaardigheden voor leeftijd 12 -14 jaar
Groep eetstoornissen voor jongvolwassenen (vanaf ong. 16 jaar)

Maaseik **KOPP-groep**
Oudergroep van kinderen met ADHD

Groepstherapieën voor kinderen en jongeren vanuit CGG/LITP

Overpelt **Creatieve groepstherapie** latentie
Sociale Vaardigheden lagere school kinderen (3)

Beringen Creatieve groepstherapie latentie
Sociale Vaardigheden lagere school kinderen (2 + project KINO)
Sociale Vaardigheden adolescenten
KOPP-groep
Groep Echtscheiding
Observatiegroep
Pubergroep project KINO

Maasland Creatieve groepstherapie latentie
Sociale Vaardigheden lagere school kinderen
Sociale Vaardigheden pubers
Sociale Vaardigheden adolescenten
Oudergroep ADHD
Groep echtscheiding

Genk Creatieve groepstherapie latentie
Creatieve groepstherapie pubers
Oudergroep ADHD (i.s.m. Opvoedingswinkel, VCLB en CLB-GO, KPC, CST)
Verbale groepstherapie
Ontmoetingsgroep (zie volgend artikel)

Groepstherapieën voor kinderen en jongeren vanuit VGGZ en CGG/LITP

'Let op de kinderen' voor kinderen en gezinnen die huislijk geweld meemaken (i.s.m. CAW Sonar Slachtofferhulp)



om voortdurend de eigen methodiek in vraag te stellen, te toetsen aan ervaringen van andere hulpverleners en van patiënten, en geregeld bij te sturen in functie van deze ervaringen en specifieke noden van individuele patiënten. Werken op maat met duidelijk omschreven doelen is een vanzelfsprekendheid. De nieuwsgierigheid naar andere werkvormen die niet toegepast worden in het eigen team bleek ook zeer groot te zijn en er is een grote bereidheid om na te gaan in hoeverre het eigen aanbod kan uitgebreid worden. Hier en daar werd afgevraagd of het een meerwaarde zou zijn om (een bepaald) aanbod team- of CGG - overschrijdend te organiseren.

Medewerkers ontmoeten van andere diensten, kennismaken met elkaar, gezichten op namen kunnen plakken, ... het vergroot allemaal het gevoel van "wij samen dragen in belangrijke mate de ambulante zorg voor kinderen en jongeren met ernstige psychische problemen".

Het voornemen is gemaakt: er komen nieuwe, gezamenlijke vormingsinitiatieven rond specifiek aanbod of rond specifieke doelgroepen. Er hoeft niet altijd gezocht te worden naar externe experts. Deze zijn ook voldoende aanwezig binnen de eigen centra. Is het door de gekende Limburgse bescheidenheid of door de grote werkdruk dat deze expertise weinig expliciet naar buiten komt? Dan is nu de stap tot verandering gezet. We mogen fier zijn over wat we in huis hebben.

*Katrien Van Loon (VGGZ),
Caroline Vanderhallen (CGG/Litp)
en Marc Goossens (DAGG)*



Ontmoeten... Groep... Ontmoeten in groep ... ONTMOETINGSGROEP!



Een ambulant groepsaanbod als nieuwe methodiek voor en door jongeren met een langdurige psychiatrische problematiek.

Jongeren met een langdurige psychiatrische problematiek ontmoeten mekaar sinds kort dankzij de niet aflatende inzet van een aantal hulpverleners actief in de kinder- en jongerenhulpverlening. Vanuit participatie en empowerment willen deze hulpverleners met het ambulant groepsaanbod een antwoord geven op de vragen en noden van deze 'chronische doelgroep'.

Er was eens...

Er was eens een 'Kinder- en jongeren(K&J)-team van een CGG dat steeds weer op zoek ging naar een aanbod op maat voor jongeren die een beroep op hen deed. Zo deden zij reeds meer dan 15 jaar een verbale groepstherapie voor adolescenten, hadden zij een eigen model ontwikkeld van creatieve groepstherapie voor lagere school kinderen en pubers en probeerden zij oudertherapiegroepen uit. Voor deze vormen deden zij beroep op eigen expertise of haalden zij deskundigheid buitenshuis, zoals een ergo- of creatief therapeut vanuit de residentiële kinderpsychiatrie.

De krachten worden gebundeld...

Voor een bepaalde groep van jongeren bleek het bestaande aanbod evenwel onvoldoende afgestemd op de noden. Het ging om een groep van jongeren met een ernstige en vaak ook langdurige psychiatrische problematiek (o.a. psychotische stoornissen) met een risico op chroniciteit. Voor hen gebeurde de GGZ-behandeling vaak individueel (ambulant) of slechts tijdelijk in groep (residentieel).

Naarmate de lijst van mogelijke kandidaten groeide, begon dat K&J-team te dromen over een ambulant groepsaanbod dat vertrekt vanuit een ontwikkelingsperspectief, ervaringsuitwisseling en aangepast is aan de vragen en noden van deze 'chronische' doelgroep.

Al snel werd duidelijk dat voor het uitwerken van een dergelijk groepsaanbod een bundeling van krachten nodig zou zijn. Tijdens een van de bijeenkomsten van het 'Team Zorgtraject' van het Zorgcircuit voor K&J van SPIL raakte men het eens over een gezamenlijk plan en werd in een projectgroep een voorstel uitgewerkt. Dit projectvoorstel werd ingediend bij de provincie die bereid was om extra middelen te voorzien om een dergelijk groepsaanbod op te starten en uit te bouwen.

Van start ...

In september 2010 startte het nieuw en vernieuwend groepsaanbod dat vertrekt vanuit de interesses en behoeften van de jongeren zelf. Begeleiding en ondersteuning, in groep of individueel staan centraal, naast ontmoeting, het spreken over

problemen, ervaringen uitwisselen, ... met jongeren die met een gelijkaardige problematiek geconfronteerd worden.

Binnen dit project wil men vanuit participatie en de empowermentgedachte onderzoeken wat de behoeften en probleemervaringen zijn bij de doelgroep en zijn context (ouders, school, gemeenschap, hulpverlening, Integrale Jeugdhulpverlening, ...) en welk afgestemd zorgaanbod hierop een antwoord kan betekenen.

De ontmoetingsgroep komt elke maandagvoormiddag samen in het jeugdcentrum Rondpunt 26 te Genk. De actuele begeleiding wordt gedaan door een medewerker van CGGLitp campus Genk en een medewerker van de crisisgroep van KPC Genk.

De begeleiders vertellen...

" We starten meestal met een 'opwarmertje', een spelactiviteit om de interacties op gang te brengen. Soms ontstaat op basis van deze opwarmer een gesprek over het verloop van hun week. Indien dat niet het geval is brengen wij dit aanbod: hoe is de week verlopen, hebben de jongeren dingen opgepikt/uitgevoerd vanuit de vorige groepsbijeenkomsten? Impliciet komen op deze manier vaak hun leerpunten/kwaliteiten aan bod. Alle mogelijke evoluties worden dan via een dominobord gevisualiseerd. Daarna gaan we over op de activiteit van de week. Deze wordt altijd in overleg met de jongeren gepland; bijvoorbeeld het uitnodigen van een spreker van het CAD, de jeugddienst over diverse thema's zoals vrije tijd,... Het spreken hierover gebeurt steeds in combinatie met een creatieve opdracht of activiteit. Aansluitend

volgt een gezamenlijke maaltijd (al dan niet zelf klaargemaakt) en een afrondend groepsgepraak.

De deelnemers vertellen...

"Binnen deze groep kunnen jongeren komen die problemen ervaren op verschillende vlakken en waarover we hier kunnen spreken. Het is heel positief dat we inspraak hebben, we mogen de activiteiten zelf invullen: praten, en spel spelen,

Spreken over de leerpunten bij de dominoblokken is soms moeilijk. We leren heel wat bij: vooral het leren aanvaarden van onze kwaliteiten. Ook de informatie die we kregen van de CAD was leerrijk. Er waren dingen bij die we nog niet wisten. Sommige mensen uit onze omgeving, zoals een paar leerkrachten en vrienden begrijpen waarom we naar hier komen. Sommigen begrijpen het niet.

Wij willen vooral vertellen aan kandidaten: Iedereen is hier welkom, je kan hier goed praten over dingen. Het blijft dan ook binnen deze groep. Je kan vertrouwen op elkaar. Je moet durven de stap te zetten om tot hier te komen."

Wil je meer weten over deze ontmoetingsgroep, neem dan contact met:

CGGLitp campus Genk:
Stefania Pes,
Caroline Vanderhallen
(089/329777)



“Artikel 107”

Zou “Artikel 107” niet misstaan als opvolger voor ‘twitteren’ als Woord van het Jaar? Wat is “Artikel 107” eigenlijk en waar draait het allemaal om? We hopen met dit artikel in mensentaal uit te leggen wat één van de meeste besproken GGZ-termen van het laatste jaar juist inhoudt. En het mag duidelijk zijn dat het vertalen naar mensentaal allesbehalve evident bleek ...

“Artikel 107” is een artikel uit de ziekenhuiswet dat het mogelijk maakt dat psychiatrische en, mits ze aan een aantal voorwaarden voldoen, algemene ziekenhuizen middelen waarmee momenteel “ziekenhuisbedden” betaald worden, op een andere manier invullen. Deze voorzieningen kunnen dus m.a.w. dankzij dit artikel met een gedeelte van hun financiering van ziekenhuisbedden nieuwe zorgvormen creëren. Artikel 107 bouwt, voor de volledigheid, voort op artikel 11 van diezelfde ziekenhuiswet waarin de begrippen “netwerk1 en zorgcircuit2” uitgelegd worden. Daarnaast wordt in dit artikel gesteld dat de organisatie van de GGZ volgens de principes van netwerken en zorgcircuits moet uitgebouwd worden. Artikel 107 is dus eigenlijk een middel waarbij de federale overheid de ontwikkeling van alternatieve zorgvormen die vertrekken vanuit een zorgcircuit en netwerkgedachte stimuleert. Daarbij wil de overheid dat mensen in hun thuisomgeving kunnen blijven en hun eigen sociale contacten kunnen behouden. De uitbouw van een laagdrempelige en gespecialiseerde eerstelijnszorg zal ervoor moeten zorgen dat de



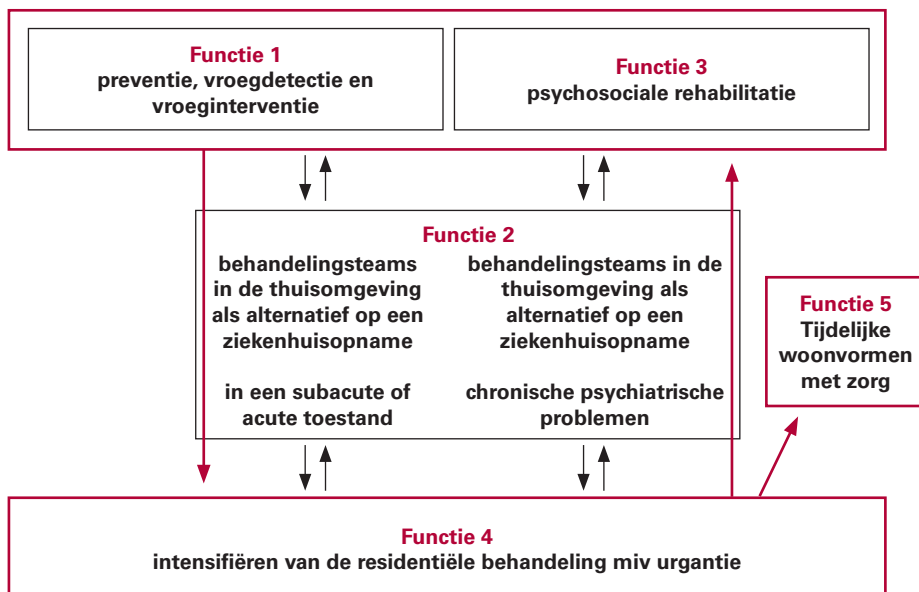
geestelijke gezondheidszorg toegankelijker wordt.

Bij de uitwerking van een “artikel 107-project” moeten alle actoren binnen een bepaald werkingsgebied betrokken worden. Het is de bedoeling dat zij samen strategieën uitwerken die een oplossing bieden voor alle geestelijke gezondheidszorg-noden die bij de bevolking in deze regio leven. Er moet bij de uitwerking van deze strategieën steeds een aantal minimale functies worden ingevuld. Deze functies worden opgelegd vanuit de overheid. Het zijn functies die zich gaandeweg verder zullen ontwikkelen binnen dit netwerk van diensten uit de regio.

De vijf functies waarop een “artikel 107-project” zich, aldus de overheid, moet oriënteren, zijn:

- **Functie 1:** activiteiten inzake preventie en promotie van GGZ, vroegdetectie, screening en diagnosestelling (opdracht CGG’s).
- **Functie 2:** ambulante intensieve behandelings teams voor zowel acute als chronische, psychische problemen.
- **Functie 3:** revalidatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie.
- **Functie 4:** intensieve residentiële behandelunits voor zowel acute als chronische psychische problemen wanneer een opname noodzakelijk is.
- **Functie 5:** specifieke woonvormen waarin zorg kan worden aangeboden indien het thuismilieu of het thuisvervangend milieu hiertoe niet in staat is (wijziging regelgeving PVT en beschut wonen).

De vijf functies staan daarenboven niet los van elkaar en zijn met elkaar verbonden wat duidelijk wordt in volgend schema:



Ieder netwerk kiest een netwerkcoördinator voor de opstart en ontwikkeling van het netwerk en de concretisering van het "artikel 107-project". Elke actor duidt een verantwoordelijke aan die het aanspreekpunt is en zijn/haar organisatie is en mee instaat voor de organisatorische uitbouw van het netwerk.

Daarnaast moet iedere actor een referentiepersoon aanwijzen. De referentiewerkeren passen de procedures, charters en samenwerkingsovereenkomsten toe die zijn ondertekend door de coördinator van het netwerk en de verantwoordelijken van de actoren in het netwerk. Ze focussen zich op de inhoudelijke uitbouw van het netwerk waarbij de patiënt steeds centraal staat. Ze zijn de spil van de coördinatie. De focus ligt daarbij op de behoeften van de patiënt. De referentiewerkeren zijn verantwoordelijk voor een succesvol traject van de patiënt. Ze vormen de brug tussen de verschillende beschikbare middelen (functies) van het netwerk.

De "artikel 107-opzet" is nog maar zeer recent. Op 1 juni 2010 lanceerde de overheid een projectoproep. Voor een beperkt aantal werkingsgebieden en in eerste instantie voor de doelgroepen van jongvolwassenen en volwassenen wil de overheid een aantal projecten rond de vijf functies exploreren. Geïnteresseerde voorzieningen konden zich via een formulier "verklaring van interesse" inschrijven. Vanuit Limburg bleken KPC Genk, OPZC Rekem, PZ Sancta Maria, PC Ziekeren, MC Sint-Jozef, ZOL Genk, Jessa Ziekenhuis Hasselt en Mariaziekenhuis Overpelt geïnteresseerd. In tussentijd werden een aantal informatiesessies georganiseerd waarbij duidelijk werd dat de projectvoorstellen tegen 31 oktober 2010 ingediend moesten worden. De overheid communiceerde

duidelijk dat de ingediende projecten niet startklaar moesten zijn op deze datum. De verdere uitwerking van het project zou in samenspraak met de betrokken overheden gebeuren. De overheid maakt een onderscheid tussen ingediende projectvoorstellen die startklaar zijn, zonder bijsturing, projecten die nog beperkt of vrij ernstig moeten bijgestuurd worden en projecten die niet voldoen. De geselecteerde projecten zouden in de loop van 2011 van start gaan.

Op 31 oktober zijn vanuit drie Limburgse netwerken "artikel 107-projectvoorstellen" ingediend, nl. vanuit Noolim (Netwerk GGZ Oost-Limburg), Habitat (Zorgregio Hasselt-Bilzen-Tongeren) en Reling (Regionaal Limburgs Initiatief GGZ - Samenwerking GGZ Zuid-West & West-Limburg)



1 **netwerk van zorgvoorzieningen:** een geheel van zorgaanbieders, zorgverstrekkers, instellingen en diensten, die, ..., samen voor een door hen nader te omschrijven doelgroep van patiënten en binnen en door hen te motiveren gebiedsomschrijving, één of meerdere zorgcircuits aanbieden, in het kader van een instellingoverstijgende juridisch geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst.

2 **zorgcircuit:** het geheel van zorgprogramma's en andere zorgvoorzieningen die, ..., worden georganiseerd door middel van een netwerk van zorgvoorzieningen en die de door het netwerk bedoelde doelgroep of subdoelgroep achtereenvolgens kan doorlopen.

Nieuw!

Spil-Overleg over bewoners opvangcentra Limburg

Juni 2009 werd het overlegplatform gecontacteerd door Fedasil Sint-Truiden met de vraag of er overleg mogelijk was "met de Geestelijke Gezondheidszorg" over de doelgroep asielzoekers. Deze vraag werd gesteld omwille van de nood aan psycho-sociale ondersteuning van sommige bewoners van het centrum.

Op 1/04/2009 werden er in België 16.497 personen opgevangen (personen in hotels niet meegerekend) door Fedasil, Rode Kruis, LOI's en andere initiatieven. De meeste personen zijn afkomstig uit Afghanistan, Iran, Rusland, Guinee, Kosovo, Congo, ...

Het opvangcentrum in Sint-Truiden is het tweede grootste van België, na het Klein Kasteeltje, met een capaciteit van 450 personen waarvan 299 asielzoekers (alleenstaanden en familie), 60 niet-begeleide minderjarigen en 102 personen van illegale families. Voor de

personeelsbezetting zijn er 90 voltijdsequivalenten voorzien. De medische equipe bestaat uit 1,5 FT geneesheer, 3 FT verpleegkundigen en 1 FT psycholoog.

Het leven in het opvangcentrum is een weerspiegeling van de samenleving met soortgelijke uitdagingen zoals nachtlawaai, burenruzie, ... met weliswaar een grote diversiteit aan afkomst, taal, religie, sociale klasse en opleiding.

Er is ondanks de enorme veerkracht en moed van de bewoners een grote vraag naar hulp voor psychische moeilijkheden en psychiatrische klachten die kaderen binnen

- traumatisering in het land van oorsprong en/of tijdens de vlucht door oorlogsgeweld, onderdrukking en vervolging, gevangenschap, fysieke en geestelijke martelingen, ...
- ontheemding door het missen van familie, vrienden, ... en weinig perspectieven op een terugkeer
- marginalisatie als gevolg van de situatie waarin ze verblijven in België omwille van een onzekere status, het gedwongen niets doen (men mag immers niet werken tijdens de procedure)

De bewonersgroep wordt gekenmerkt door een breed spectrum aan problemen. Bovendien is er een continue toestroom van mensen met ernstige problemen en een beperkte uitstroom. Er is een tekort aan personeel, een gebrek aan specifieke vaardigheden om met dergelijke problemen om te gaan, infrastructuurle beperkingen en te weinig

aangepaste opvangmogelijkheden. Dit heeft catastrofale gevolgen. De psychische moeilijkheden en/of psychiatrische stoornissen worden onvoldoende of niet geïdentificeerd, behandeld of ondersteund en niet opgevolgd. Dit leidt tot schrijnende toestanden die mensonwaardig zijn. Het escaleert geregeld tot onveilige situaties die niet te verantwoorden zijn. De mensen krijgen niet de zorgen waar ze eigenlijk recht op hebben volgens de opvangwet. Het personeel geraakt gefrustreerd doordat ze het gevoel hebben 'met de kraan open te dweilen' en mensen in de kou te laten staan, met personeelsverloop tot gevolg.

Het consulteren van de gespecialiseerde diensten loopt moeilijk. Er zijn weinig contacten met psychiater/psychologen die ambulante zorg kunnen bieden aan deze doelgroep. De verwijzing naar andere instanties verloopt moeizaam en er is weerstand bij hulpverleners om met deze doelgroep te werken (taalbarrière, onbekende problematiek, etc).

Naar aanleiding van deze hulpvraag consulteerde Spil midden 2009 zijn leden in de regio Sint-Truiden met de vraag of er interesse was om deel te nemen aan een overleg dat een antwoord zou trachten te vinden op deze noden. September 2009 kwam de werkgroep Fedasil Sint-Truiden en partners voor het eerst samen. Inmiddels is de werkgroep vier keer samengekomen. Rond de gesprekstafel zit afvaardiging vanuit PC Ziekeren, PZ Sancta Maria, vzw Bewust, CGG/LITP Sint-Truiden,

DAGG Sint-Truiden, vzw Masala, CAW, PRIC, OCMW Sint-Truiden, Fedasil en Spil. Het overleg heeft als doelstelling de kennismaking en de samenwerking tussen de verschillende organisaties te verbeteren met het oog op het organiseren van zorg voor deze doelgroep. Tijdens deze vergaderingen werden de knelpunten in de samenwerking tussen Fedasil en de lokale partners besproken en werd er nagedacht over mogelijke oplossingen. Zo werd er initiatief genomen tot casusoverleg en de ontwikkeling van een patiëntenfiche om verwijzing en communicatie te bevorderen. De tolkdienst van PRIC heeft zijn vormingsmogelijkheden toegelicht. In de verdere toekomst zullen zeker nog meer initiatieven uitgewerkt worden.

Deze 'good practises' bleven natuurlijk niet onbesproken en al gauw nam OPZC Rekem, dat reeds contact had met het opvangcentrum Rode Kruis Lanaken, contact met Spil met de vraag een gelijkaardig initiatief te nemen. De eerste vergadering van de werkgroep Rode Kruis Opvangcentrum Ter Dennen en partners ging door 12 april 2010. Rond de tafel zaten OPZC Rekem, MC Sint-Jozef, CGG/LITP Genk, PAAZ ZOL Genk, Beschut wonen 't Veer, CGG/LITP Maasmechelen, DAGG Maaseik, PRIC, CAW, een huisarts, OCMW Genk, Rode Kruis Vlaanderen, Rode Kruis Opvangcentrum Lanaken en Spil. De kennismaking en de bespreking van de knelpunten rond deze doelgroep had meteen positieve gevolgen voor de samenwerking. De eerste verwijzingen zijn inmiddels

een feit en ook hier denkt men na over toekomstige initiatieven die de regionale samenwerking voor deze doelgroep kan verbeteren.

Spil wil een soortgelijk overleg ook organiseren in Noord-Limburg met het Rode Kruis Opvangcentrum Neerpelt en Heusden Zolder. De eerste besprekingen hierover zijn momenteel bezig. Wordt dus vervolgd!

Tot slot willen we kort even het "Mind Sping-project" kaderen dat

herhaaldelijk tijdens de Spil-overleggen ter sprake komt. Mind-Spring biedt asielzoekers en vluchtelingen een psycho-educatief groepsprogramma op maat aan. Speciaal hiervoor opgeleide vluchtelingen met een geldig verblijfstatuut begeleiden samen met hulpverleners uit CAW's of CGG's deze bijeenkomsten. Deze bijeenkomsten hebben het karakter van een training waarin specifieke problemen van asielzoekers en vluchtelingen behandeld worden.



KOPP OP!

Tijd voor onderzoek en resultaten

Het is belangrijk om eerst even te verduidelijken dat er zich binnen het project KOPP OP! 3 modules situeren.

Module 1 spitst zich toe op het hulpverleningsaanbod aan KOPP-kinderen, hun ouders en andere betrokkenen.

In de vorm van informatie, advies, groepsbijeenkomsten en individueel ondersteunende gesprekken tracht men preventieve ondersteuning te bieden.

Module 2 biedt ruggesteun aan hulpverleners in de vorm van consultatief overleg, vorming en een praktijkhandleiding rond het werken met KOPP-betrokkenen. Aan de hand hiervan hoopt men hulpverleners en anderen te sensibiliseren en meer vertrouwd te maken met de KOPP-thematiek.

Module 1 en 2 hebben vooral tot doel de risico- en beschermingsfactoren gerelateerd aan de KOPP-thematiek positief te beïnvloeden.

De impact en effectiviteit van deze werkzaamheden werden onderzocht in Module 3 van KOPP OP! De resultaten hiervan werden gepresenteerd op 9 september jongleden tijdens de studiedag van KOPP-Vlaanderen en u kan ze hieronder (in een notendop) terugvinden.

Uit het vragenlijstonderzoek, naar de impact van het preventief ondersteunend hulpverleningsaanbod voor kinderen en hun gezin, komen de volgende resultaten naar voren:

Kinderen die het preventief programma van KOPP OP! volgden, rapporteren op lange termijn duidelijk minder klachten en problemen op het vlak van denken, aandacht/hyperactiviteit en externaliserende gedragingen.

Eveneens is er op korte termijn sprake van een positieve invloed op sociale problemen, teruggetrokken/depressief en oppositioneel/opstandig gedrag. Bovendien bemerkt men een afname in schuld- en schaamtegevoelens, een groei op het vlak van ziekte-inzicht en op het vlak van het sociaal netwerk van de kinderen.

Een minder uitgesproken, maar positieve beweging zien we bij de



controlegroep. Dit doet vermoeden dat het eerste contact met de KOPP OP! medewerker en de mogelijkheid tot hulpverlening, na een wachtperiode van zes maanden, toch al een geruststellend en daardoor licht positief effect heeft.

De impact van het vormingsaanbod van KOPP OP! werd eveneens aan de hand van vragenlijstonderzoek nagegaan.

De resultaten weerspiegelen een toename in de kennis van de KOPP-thematiek en competentiebevalling van de hulpverleners in het werken met KOPP-betrokkenen. Bovendien ervaart 96,50% van de hulpverleners de materie uit de vorming als goed toepasbaar in de praktijk. De theorie en de sterke link met de praktijk via videofragmenten, casusbesprekingen en rollenspelen, worden hiervoor verantwoordelijk geacht. Het nut van sensibilisatie en vorming met betrekking tot de KOPP-thematiek wordt eens te meer bewezen door het feit dat de door KOPP OP! gevormden -ongeacht een job binnen een kinder-, volwassenen- of gemengd team- de opgedane kennis achteraf goed konden toepassen op meerdere vlakken: gesprekken met cliënten, teamvergaderingen en tijdens meer informele momenten.

Afsluitend kunnen we concluderen dat zowel de sensibilisatie-, vormings-

als hulpverleningswerkzaamheden van KOPP OP! positieve gevolgen met zich meedragen voor de beoogde doelgroep. Dit zijn interessante resultaten die uitnodigen tot verder onderzoek en uitbreiding van initiatieven in de praktijk.

In dit verband suggereren we een trapsgewijze aanpak op verschillende niveaus.

Op het niveau van de algemene bevolking pleiten we voor sensibilisatie, het aanpakken van stigmata en drempels en het zorgen voor een opvangnet.

Provinciaal adviseren we de oprichting van een meld- en opvangpunt, sectoroverschrijdend werken in alle echelons, het betrekken van huisartsen en scholen - dit kan naar model van KOPP OP!

Op het vlak van de voorzieningen denken we aan het ontwikkelen van stapstenen die zich richten op KOPP/ KOAP, een aandachtspersoon in elk team/afdeling, meer aandacht voor KOPP in de behandeling / begeleiding, vorming, het ontwikkelen van netwerken, het voorzien van informatie en wetenschappelijke literatuur, een kindvriendelijk onthaal, info over preventieve initiatieven...

Binnen scholing en opleiding kan er meer aandacht zijn voor KOPP en bij hulpverleners is een mentaliteitswijziging nodig tot meer aandacht voor de context van patiënten en preventieve aspecten.

*Bojoura Schouten,
Kinderpsychologe KOPP OP! Team*



Samenwerkingsprojecten tussen GGZ en VAPH

In April 2010 ondertekenden actoren uit de GGZ en de VAPH¹-sector een engagementsverklaring naar de doelgroep 'volwassenen met een verstandelijke beperking en psychische en/of ernstige gedragsproblemen'.

In dit artikel situeren we kort de voorgeschiedenis van deze engagementsverklaring, het beleidskader en de projecten die vanuit deze samenwerking gedurende twee jaar vorm zullen krijgen.

Voorgeschiedens

Spil organiseert reeds jarenlang, sinds oktober 1999, overleg rond de doelgroep 'Personen met een verstandelijke beperking en psychische en/of ernstige gedragsproblemen'. In de loop van 2004 werd de toenmalige werkgroep met een aantal organisatorische problemen geconfronteerd, nl. het vrijblijvend karakter van het overleg, het ontbreken van een mandaat voor de aanwezige leden, Naar aanleiding van deze knelpunten besliste Spil om een Stappenplan te ontwikkelen met het oog op de ontwikkeling van een efficiënte en effectieve overlegstructuur. Mei 2006 is het samenwerkingsverband 'Volwassenen en ouderen met een verstandelijke beperking en psychische en/of ernstige gedragsproblemen' officieel van start gegaan. 16 partners (6 GGZ - 10 VAPH) ondertekenden een samenwerkings-

overeenkomst. Er werd een Stuurgroep geïnstalleerd waarin directieleden zetelen die instaan voor de organisatorische en beleidsmatige aansturing van het samenwerkingsverband. De Stuurgroep komt zo'n 2 à 3 maal per jaar samen. Daarnaast tekenen veldwerkers in het Team Zorgtraject de inhoudelijke actiepunten van het samenwerkingsverband uit. Zo is een goede afstemming met het SEN (bezoekronde, personeelsuitwisseling, ...) opgezet, is er inventarisatie van de 'good practises' gemaakt, hebben casusbesprekingen plaatsgevonden, is het 'Outreachingproject' geconcretiseerd, is over het beleid VAPH naar de leeftijdsgroep 'Ouderen' gedebatteerd, Doorheen het overleg werd steeds duidelijker dat in Limburg veel hiaten in de zorg naar deze doelgroep aanwezig zijn. Dit bleek ook uit een interprovinciale toets.



Beleidskader

Los van het Limburgse overleg kregen de Vlaamse overlegplatform eind 2008 van FOD Volksgezondheid ter voorbereiding van de interministeriële (Vlaams-Federaal) conferentie de opdracht om een voorstel van zorgcircuit voor 'personen met een verstandelijke beperking en psychische en/of ernstige gedragsproblemen' uit te werken. Rond de volwassenengroep werd een Vlaamse consensus bereikt. Tijdens dit overleg werd het gebrek aan een aangepast zorgaanbod binnen Limburg herhaaldelijk gesignaleerd.

Mei 2009 besliste de interministeriële conferentie om rond deze doelgroep vier federale, waaronder twee Vlaamse, projecten te realiseren (€ 125.000 per project). De projecten werden uiteindelijk, wat Vlaanderen betreft, toegekend aan de provincies Vlaams-Brabant en Oost-Vlaanderen,

maar er werd tegelijkertijd een toekomstige uitbreiding van deze projecten naar de andere Vlaamse provincies aangekondigd.

Limburg

Aangezien eind 2009 duidelijk was dat Limburg wat aangepast zorg voor deze doelgroep betreft achterna holde en de projectmiddelen vanuit FOD Volksgezondheid niet dadelijk naar deze provincie zouden komen, besliste de Provincie, in samenspraak met de VAPH-sector, om Limburgfondsmiddelen voor deze doelgroep in te zetten. Doelstelling was enerzijds een inhaalbeweging in te zetten en anderzijds een extra stimulans tot samenwerking en afstemming te realiseren.

Projecten

De provincieraad Limburg engageerde zich begin 2010 om voor twee jaar een éénmalige subsidie van € 276.000 in het budget van de Limburgfondsmiddelen te reserveren voor de uitbouw en ondersteuning van het zorgaanbod voor volwassenen met een verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblemen en/of psychische en psychiatrische problemen.

Concreet betekende dit dat er met deze middelen vanuit het Samenwerkingsverband vier nieuwe zorgfuncties worden aangeboden:

- **Zorgfunctie 1:** het verzamelen, transfereren en overdragen van expertise rond diagnostiek, vraagverduidelijking en trajectbegeleiding (vanuit Fokus op Emancipatie)
- **Zorgfunctie 2:** consulentenwerking: indicatiestelling, diagnostiek en organisatie van een consulenteam op casusniveau (vanuit CGG DAGG)

- **Zorgfunctie 3:** de uitbouw van een gespecialiseerd residentieel zorgaanbod op maat van de doelgroep (binnen Intesa vzw, DC Ter Engelen, OC Sint-Ferdinand, Mané vzw, DC Sint-Oda, BC Ter Heide)
- **Zorgfunctie 4:** outreaching: inzorg in een VAPH-voorziening ter voorbereiding, in afwachting en ter voorkoming van een opname en nazorg na opname (vanuit PZ Sancta Maria)

Er werd afgesproken dat een netwerk van voorzieningen deze zorgfuncties aanbiedt. De initiatiefnemers namen ook een duidelijk engagement naar deze doelgroep. Zij bleken bereid - in alle openheid en transparantie - in overleg binnen het Samenwerkingsverband VAPH-GGZ hun inspanningen op elkaar af te stemmen.

Evaluatie

De inhoudelijke aansturing, opvolging en evaluatie zal gebeuren in het samenwerkingsverband 'Volwassenen en ouderen met een verstandelijke beperking en psychische en/of ernstige gedragsproblemen' waar alle betrokken partners en initiatiefnemers deel van uit maken. Zij waken erover dat er een coherent en georganiseerd antwoord gegeven wordt op de noden en behoeften van de doelgroep en evalueren de projecten na 1 jaar (april 2011) en na afloop (april 2012).

Meer informatie:

Bert Plessers
bplessers@limburg.be
011 23 72 99



1 Vlaams Agentschap Personen met een handicap



De meerwaarde van casusoverleg in de totstandkoming van een cliëntgericht



Hulpverleners overleggen steeds vaker. A.d.h.v. een concrete casus schetsen we eerst de meerwaarde van casusoverleg. Vervolgens verduidelijken we hoe casusoverleg kan bijdragen tot een structureel overleg en de eerste stappen naar een zorgcircuit.

Lucy en het zorgcircuit avant la lettre rond jonge peuters met een bedreigde hechting

Lucy¹ is vier jaar en zit in het tweede kleuterklasje. Ze is ongeveer anderhalf jaar geleden geadopteerd uit een Oost-Europees land. Het meisje is op school allemans vriendje, is heel braaf en knuffelt de juffrouw meermaals per dag. Aan de juffrouw vertelt ze verwarrende verhalen over vroeger. Thuis speelt zich evenwel dagelijks een concurrentieslag met haar oudere broertje en zusje af. De "oorlog om aandacht van mama" ontardt tijdens de maaltijden (tot braken toe), het avondritueel, De grenzen van mama en papa worden elke dag opnieuw overschreden. Na een observatie van zes weken op een

afdeling voor kinderpsychiatrie wordt pedagogische hulp voor de ouders aangeraden in combinatie met speltherapie voor Lucy samen met haar broertje en haar zusje. Lucy wordt op 6 maart 2009 ook geïncludeerd in TP 53, het Limburg Therapeutisch Project² rond jonge kinderen met een reactieve hechtingsstoornis.

Therapeutisch Overleg

Op 29 maart 2009 organiseert de TP-coördinator een eerste overleg over Lucy. Een medewerker van het Centrum voor Leerlingenbegeleiding (CLB), de zorgjuffrouw, de kleuterjuf, de ouders, de maatschappelijk assistent van het Centrum voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning (CKG), de psychologe van de betrokken voorziening kinder- en jeugdpsychiatrie (K-dienst) en de maatschappelijk werkster van het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) - project Kind in Nood - waren aanwezig. De huisarts heeft zich verontschuldigd. Op het overleg reageert het CGG op het voorstel om speltherapie voor de drie kinderen samen op te starten "dat dit niet kan omdat speltherapie een individueel aanbod is." Ze stellen voor om de speltherapie enkel met Lucy op te starten. De ouders reageren teleurgesteld omdat hun vraag net is om hun drie kinderen samen te leren spelen en leven. De K-dienst opteert ook voor een gezamenlijk speltherapiemoment. Het CLB benadrukt dat de kinderen nood hebben aan therapie en dat er aandacht besteed moet worden aan de onderlinge interacties. Uiteindelijk wordt afgesproken dat het CGG-team

de vraag naar individuele speltherapie opnieuw bekijkt en aftoetst of de drie kinderen toch gezamenlijk therapie kunnen volgen.

Het CKG kampt met een lange wachtlijst voor thuisbegeleiding waardoor er niet dadelijk pedagogische hulpverlening opgestart kan worden. Op het overleg stellen zij voor om ter ontlasting en overbrugging de kinderen tijdens de paasvakantie gedurende enkele dagen op te vangen. Na enige twijfel van mama gaat iedereen akkoord met dit voorstel.

Op school stellen zich geen grote problemen rond Lucy.

Drie maanden later wordt een tweede overleg georganiseerd. De huisarts heeft zich opnieuw verontschuldigd en de K-dienst heeft zich uit het overleg teruggetrokken omdat haar rol en inbreng te beperkt geworden was. De thuisbegeleidingsdienst van het CKG schuift ook mee aan de gesprekstafel, aangezien ze door een verschuiving in de wachtlijst sneller zijn kunnen opstarten. Het CGG argumenteert waarom zij toch geen speltherapie voor de drie kinderen samen kan opstarten. Het individuele aanbod voor Lucy blijft wel behouden en zij wordt op de wachtlijst van het CGG geplaatst. Er wordt beslist om de vraag tot een therapiemoment voor de drie kinderen gezamenlijk aan een zelfstandige therapeut, gespecialiseerd in hechtingsproblematiek, te stellen. Het CGG coördineert de doorverwijzing.

Om een toegangsticket te verkrijgen tot Bijzondere Jeugdzorg (BJZ) heeft het CGG ondertussen het Comité voor Bijzondere Jeugdzorg (CBJ)

ingeschakeld. Een consultant wordt toegewezen aan het gezin, die ook op het volgend overleg uitgenodigd zal worden.

De thuisbegeleider geeft aan dat de eetsituatie erg beladen is. De kinderen testen de ouders constant uit en zelfs onder de ogen van de thuisbegeleidster loopt het uit de hand. De school is ook bezorgd over het eetgedrag van het zusje van Lucy. Zij gooit haar boterhammen tijdens de middagpauze weg en is erg vermagerd. Om concurrentie tussen de zussen te voorkomen, wordt afgesproken om met de drie kinderen samen naar de huisarts te gaan, ze te wegen en te meten. Mama geeft aan dat het belangrijk is om met de school en de thuisbegeleider op één lijn te staan om de duidelijkheid en voorspelbaarheid voor de kinderen te bevorderen. Voor het volgende overleg zullen de school, het CLB, het CKG en de ouders praktische afspraken te maken rond de eetsituaties. Nadien schuiven alle andere partners mee rond de overlegtafel. Het CKG herhaalt het aanbod om de kinderen ook tijdens de grote vakantie gedurende enkele dagen op te vangen.

Een volgend overleg wordt gepland op 27 november 2009.

Heeft zulk overleg over Lucy (nu) een meerwaarde?

De direct betrokken hulpverleners van (erg) verschillende sectoren en echelons hebben vanuit het overleg elkaar en elkaars werking beter leren kennen. De concrete werking van elke setting, hun doelgroep, hun aanbod, de wachtlijsten, Het werd

1 Namen, data en andere elementen die zouden kunnen leiden tot herkenning werden in deze casus aangepast.

2 Een Therapeutisch Project is een initiatief van de FOD volksgezondheid in samenwerking met het RIZIV om door middel van casusoverleg continuïteit te kunnen bieden in het zorgtraject voor kinderen en jongeren met een psychiatrische problematiek.

allemaal snel duidelijk. Het werd voor iedereen ook helder wie betrokken is rond Lucy en bepaalde engagements kan of wil opnemen. Men kan zich (ook) voorstellen dat zonder dit overleg heel wat telefoons, mails, brieven, faxen, ... nodig waren geweest om tot dezelfde afspraken rond Lucy te komen. Er werden gefundeerde beslissingen genomen (bv. over het wel of niet gezamenlijk nemen van de kinderen in speltherapie) vanuit overleg en dialoog en met respect voor de verschillende standpunten, perspectieven en visies. We durven stellen dat dit de kwaliteit van het zorgaanbod bevorderde. De continuïteit van het zorgtraject werd alleszins verzekerd, bv. door het vakantieaanbod van het CKG. Door de aanwezigheid van de ouders (en/of de jongere bij een TP-overleg over oudere kinderen) wordt deze zorgvraagzijde echt betrokken.

In deze casus gaven de scholen en het CLB aan dat ze zich door het overleg gesteund voelden en meer vertrouwen hadden om met de betrokken kinderen aan de slag te gaan. De uitwisseling van concrete tips en expertise helpt om kwalitatieve zorg te bieden op maat van het kind en de zorg langer aan te houden, ook in moeilijke tijden. Het overleg kan verder ook inspelen op nieuwe noden, knelpunten en zorgen, zoals bv. het eetgedrag van het zusje. De ouders vonden het een grote meerwaarde dat alle hulpverleners samenwerken. Ze waren opgelucht dat ze geen ettelijke keren opnieuw hun verhaal moesten doen. Ze voelden zich ondersteund door het professionele netwerk dat hen ook gedeeltelijk ontlastte in de zorg voor en de verantwoordelijkheid naar de kinderen. Ook het feit dat er regelmatig overlegd werd, wat hen een perspectief bood, vonden de ouders een meerwaarde. En dan zwijgen we nog over het feit dat ze door hun aanwezigheid effectief gezien worden als een partner en in het hulpverleningsproces inspraak hebben. Ze ontkennen zeker niet dat het overleg met zoveel hulpverleners hun bij aanvang angst inboezemde.

Door de inclusie in het Therapeutisch Project is er garantie dat de casus verder opgevolgd wordt. De K-dienst ziet het overleg dan ook als een goede vorm van nazorg en heeft er vertrouwen in dat alle partners verder kwalitatieve zorg willen aanbieden. De aanwezigheid van een overlegcoördinator die de vinger aan de pols houdt is en vanuit meerzijdige partijdigheid en betrokkenheid het overleg coördineert, is hierbij essentieel. Deze coördinator houdt het kind of de jongere ook zo goed mogelijk vast in de snel veranderde hulpverleningstrajecten met allereerste betrokken, afhakende en bijkomende hulpverleners.

Wat als er tijdens het cliëntoverleg steeds dezelfde problemen naar voor komen?

Ondertussen wordt er binnen TP 53 overlegd rond een 25-tal jonge kinderen. Aanvankelijk waren aanmeldingen schaars. De CKG en Kind & Gezin (K&G), twee sectoren die vaak als eerste in contact komen met jonge kinderen met een bedreigde hechting, meldden nauwelijks jonge kinderen aan. Ook worden slechts uitzonderlijk jonge kinderen met een bedreigde hechting aangemeld bij de Limburgse kinder- en jeugdpsychiatrie. Voortbouwend op deze conclusies werd een Limburgs overleg tussen kinder- en jeugdpsychiatrie, CKG, K&G en Integrale Jeugdhulp (IJH) georganiseerd. Spil, het Limburgs Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg, zat mee rond de tafel. Tijdens een anonieme casusbespreking viel op dat er binnen de sectoren op een verschillende manier met deze doelgroep omgegaan wordt. Vertegenwoordigers vanuit de GGZ pleitten ervoor om op een overleg of een teamvergadering steeds iemand vanuit de kindpositie te laten meedenken, iemand die vanuit dit perspectief de noden en behoeften benoemt. Het feit dat een partner uit de GGZ mee de casus onder de loep nam, werd als zeer verrijkend ervaren. Samenwerking en expertise-

uitwisseling bleken zeer belangrijk en zelfs essentieel.

Spil nam de conclusies mee naar het Team Zorgtraject 'Kinderen en jongeren'. In dit overlegorgaan zetelen inhoudelijke verantwoordelijken van de verschillende diensten binnen de Limburgse kinder- en jeugdpsychiatrie (3 CGG, 4 K-diensten en 't Appelboomke (dagcentrum voor de behandeling van peuters en kleuters met een autismespectrumstoornis)). Doelstelling van deze overlegtafel is de realisatie van inhoudelijke samenwerking tussen deze partners met het oog op continue zorg op maat (in termen van zorgcircuits en netwerken) voor kinderen en jongeren met een geestelijk gezondheidsprobleem. Tijdens het driemaandelijke overleg werd op basis van de conclusies van de casusbespreking en het gegeven dat uit alle TP 53-overleg een kloof tussen verschillende sectoren in het zorgaanbod aan jonge kinderen blijkt, beslist om een structureel overleg rond jonge kinderen met een bedreigde hechting op te starten. Knelpunten, moeilijkheden, ... die tijdens het casusoverleg herhaaldelijk aan de oppervlakte kwamen, kunnen op dit overleg structureel aangepakt worden. De Stuurgroep 'Kinderen en jongeren' waarin de directeurs van de actoren kinder- en jeugdpsychiatrie zetelen, stemde hiermee in tijdens hun halfjaarlijks overleg waarop het Samenwerkingsverband wordt aangestuurd.

Een Limburgs Overleg over jonge kinderen met een bedreigde hechting

Op 14 mei 2009 ging het eerste Limburgse Overleg door over jonge kinderen met een bedreigde hechting. Vertegenwoordigers vanuit de Limburgse kinder- en jeugdpsychiatrie, KOPP-OP (project voor kinderen en jongeren die samenleven en opgroeien met een ouder die psychische en/of verslavingsproblemen heeft), CKG, Bijzondere Jeugdzorg (verwijzers en Pleegzorg),

K&G, IJH en de Sector Vlaams Agentschap Personen met een Handicap werden uitgenodigd. Tijdens een eerste verkennend overleg werd er uitvoerig kennisgemaakt en werd het aanbod van de verschillende partners geschetst. Er is klaarblijkelijk een uitgebouwd aanbod in Limburg, maar nog relatief weinig erkenning, afstemming en samenwerking. Vanuit zijn eigen sectoraal "eilandje" valt men al gauw terug op het gekende, waardoor het zorgcircuit klein en beperkt is. Er lijken kansen gemist te worden om creatief en vernieuwend te zoeken naar antwoorden op de steeds complexere zorgvragen over de verschillende sectoren heen. De knelpunten in de zorg voor deze doelgroep werden ook geïnventariseerd, zoals o.a. het gegeven dat er geen financiering voor langdurige

trajecten voorzien is, het ontbreken van financiële middelen voor ouderbegeleiding of een specifieke aanbod rond de "ouder-kind-relatie", tekort aan aanbod voor de zeer jonge kinderen (0-3j.), Specifieke probleemgroepen zoals adoptie- en pleegkinderen, gezinnen die vaak verhuizen en KOPP-kinderen kwamen herhaaldelijk aan bod. Kortom, veel elementen die ook bij de casus van Lucy naar voren kwamen. Een volgend Limburgs Overleg over jonge kinderen met een bedreigde hechting ging door op 22 oktober. Er werd gewerkt aan de opmaak van een consensustekst rond bedreigde hechting en een verdere uitwisseling van good practices, expertise, modellen kwamen aan bod, ... en natuurlijk werden mogelijke acties rond de gedetecteerde knelpunten besproken..

Om het overleg een brede basis te geven, wordt er inhoudelijk ook teruggekoppeld naar het Limburgs Spil-overleg waarin de kinder- en jeugdpsychiatrie samen zit met de CLB, met de Bijzondere Jeugdzorg en met de Jeugdrechters.

Of hoe casusbesprekingen ook kunnen leiden naar en een meerwaarde kunnen bieden voor een structureel en provinciaal overleg...

*B. Plessers, stafmedewerker SPIL
V. Umans, projectcoördinator*



De rol van de geestelijke gezondheidszorg binnen de eerstelijnsgezondheidszorg?



Conferentie eerstelijnsgezondheidszorg

Je kan er moeilijk naast kijken... De eerstelijnsgezondheidszorg is in volle ontwikkeling en de visie rond deze zorgpijler in de 21ste eeuw krijgt stilaan vorm. Ook de rol van de geestelijke gezondheidszorg wordt hierbij (her)bekeken en vormt onderwerp van discussie.

Op 11 december 2010 gaat in Antwerpen de conferentie eerstelijnsgezondheidszorg door. Deze conferentie heeft tot doel een gestructureerde dialoog uit te bouwen tussen de Vlaamse overheid, de zorgverstrekkers uit de eerstelijnsgezondheidszorg en de vertegenwoordigers van de patiënten. Uit deze dialoog moet een strategische visie groeien over de eerstelijnsgezondheidszorg van de 21ste eeuw, zoals de Vlaamse regering in haar regeerakkoord heeft opgenomen. Deze visie moet enerzijds aandacht hebben voor het verbeteren van de kwaliteit van de eerstelijnsgezondheidszorg voor de patiënten door een betere en meer professionele samenwerking tussen de verschillende zorgverstrekkers. Anderzijds moet ze de kwaliteit van leven en werken van zorgverleners garanderen door samenwerking te ondersteunen en te faciliteren en ze zo te organiseren dat de administratieve last voor alle betrokkenen verlaagd wordt.

Begin 2010 zijn onder supervisie van een overkoepelend stuurgroep zes werkgroepen van start gegaan die elk

rond een specifiek thema een visie hebben ontwikkeld en een aantal voorstellen en beleidsaanbevelingen hebben uitgewerkt over:

- 1 positionering van de eerstelijnsgezondheidszorg
- 2 ICT-toepassingen in de eerstelijnspraktijk
- 3 rol van de eerstelijnsgezondheidszorg binnen de preventieve gezondheidszorg
- 4 samenwerkingsmodellen
- 5 zorg om talent en de aanpak van een eventueel tekort aan zorgaanbieders
- 6 rol van de geestelijke gezondheidszorg binnen de eerstelijnsgezondheidszorg.

De voorlopige conclusies en beleidsaanbevelingen werden per werkgroep gebundeld in een tussentijds rapport dat in de maanden juli, augustus en september ter consultatie aan het brede werkveld werd voorgelegd. Hiervoor werden de tussentijdse rapporten gepubliceerd op de website www.conferentie-eerstelijnsgezondheidszorg.be.

In dit artikel focussen we enkel op het luik rond Geestelijke Gezondheidszorg dat vijf ankerpunten bevat. Allereerst stelt het "Tussentijds rapport - Werkgroep 6 Geestelijke Gezondheidszorg" de invoering van getrapte zorg voor mensen met psychische problemen in het vooruitzicht. Hierbij verwijst men naar een betere samenwerking en coördinatie tussen de sectoren van de eerstelijnsGGZ, een betere ondersteuning van zelfzorg en mantelzorg en een doorgedreven toename van de participatie van gebruikers (streven naar empowerment). Achtergestelde groepen vragen ook bijzondere aandacht en benaderingen.

Ten tweede wil men het aanbod in de eerstelijns uitbreiden door deskundigheidsbevordering te voorzien voor de eerstelijns hulpverleners, een eerstelijnspsycholoog (of -functie) in te voeren en projecten psychiatrische thuiszorg uit te breiden. Specifiek rond eerstelijnspsycholoog stelt men een toevoeging van een psycholoog aan een huisartsenpraktijk voor die focust op een laagdrempelige begeleiding van patiënten met een milde psychische problematiek. De ontwikkeling, coördinatie en organisatie van e-mental health¹ is een derde beleidsaanbeveling. Deze e-mental health moet centraal aangestuurd worden, kwalitatief en professioneel begeleid zijn en complementair zijn aan het bestaande zorgaanbod.

Een vierde pijler betreft de preventieve maatregelen waarbij de eerstelijnsgezondheidszorg een actieve rol moet spelen op het vlak van preventie GGZ en waarbij drempels voor het zoeken

1 E-mental health is een term die een brede waaier omvat van GGZ-initiatieven die gecomputeerd zijn of online toegankelijk. Deze beslaan het hele spectrum van preventie en psycho-educatie tot curatie. Voorbeelden zijn websites met info over geestelijke gezondheid en GGZ, CD-Roms of online zelftest en decision aids, online tips en oefeningen voor zelfhulp, begeleidde chatkanalen van hulplijnen, uitbreiden van face-to-face therapie met emailservice,

van hulp bij psychische problemen weggewerkt moeten worden. Sociale inclusie van mensen met langdurige psychische problematieken moet nagestreefd worden.

Het vijfde en laatste ankerpunt lanceert de aanbeveling voor kennis, onderzoek, ontwikkeling en monitoring van de eerstelijnsGGZ.

De tussentijdse rapporten zijn in de tweede helft van september op vijf provinciale en een Brusselse gespreksplatformen aan het werkveld voorgesteld, besproken en getoetst. De verzamelde feedback werd begin oktober teruggekoppeld naar de stuurgroep en de zes werkgroepen. Hiermee werd de laatste fase ingeluid in de voorbereiding op de conferentie. In deze laatste fase wordt gestreefd naar synthese. Het resultaat van deze eindspurt zal elke werkgroep uiteenzetten in een eindrapport.

Het eindpunt van het traject is de conferentie eerstelijnsgezondheidszorg zelf waar de toekomst van de eerstelijnsgezondheidszorg verder vorm zal krijgen. Deze zal doorgaan op 11 december 2010, te Antwerpen, in het Radisson BLU Astrid hotel. Voor inschrijvingen en meer informatie kan u terecht op de website: www.conferentie-eerstelijnsgezondheidszorg.be.



Met de hartenwenscampagne willen Spil en de Provincie Limburg een positieve bijdrage leveren aan de beeldvorming rond geestelijke gezondheid.

Voor de tweede maal werd een oproep uitgeschreven om hartenwensen van GGZ-patiënten en -cliënten in te dienen. Spil ontving 38 individuele en 20 groepswensen, wat evenveel was als het succes van vorig jaar.

HARTENWENS 2010

De jury selecteerde vijf wensen op basis van originaliteit, uitvoerbaarheid, de noodzaak om de wens te vervullen en de positieve manier waarop de hartenwens geestelijke gezondheid in de kijker zet. Voor de groepsrijzen bekeken ze ook op welke manier de wens bijdroeg tot een hechtere groeps sfeer.

Voor een individuele hartenwens wordt een bedrag van 600 € voorzien. Voor een groepshartenwens wordt 1.600 € vrijgemaakt.

EN DE WINNAAR IS...

De eerste winnares bleek veel mensen verbaasd te hebben met haar sterk doorzettingsvermogen. Ze kan rekenen op grote bewondering van haar begeleider omdat ze ondanks alle tegenslagen steeds blijft "knokken". Zij is iemand die altijd hoop heeft en niet opgeeft. Sinds een jaar draagt ze als vrijwilliger de verantwoordelijkheid over een geblesseerd paard met een woelig verleden dat ook een nieuwe kans wil. Samen leren ze ondanks hun moeilijke voorgeschiedenis terug te vertrouwen en bloeien ze open. Dit gaat echter zo goed dat ze de uitdaging wil aangaan op mee te doen aan een dressuurwedstrijd. Dit is een grote stap en ze wil hiermee laten zien dat de psychische problemen haar niet hebben klein gekregen en dat ze zal blijven vechten. Hartenwens 2010 helpt haar bij de aankoop van materiaal voor de paardendressuur.

De tweede winnares bleek iemand met een missie. Iemand die anderen wil inspireren met muziek. Daar waar mensen soms in hokjes geplaatst worden door een stigma, is muziek universeel en bereikt dit iedereen. Deze winnares droomt ervan haar eigen geschreven liedjesteksten te laten verwerken in een lied door een bekende zanger of zangeres. Hartenwens 2010 helpt haar alvast op weg om deze droom te verwezenlijken.

De laatste individuele winnaar pleitte voor een samenleving zonder vooroordelen. Zij droomt ervan om zich geaccepteerd te voelen zoals ze is. Omdat haar droom de eigenlijke gedachte van de hartenwenscampagne belichaamt, zal haar wens om een dagje mee te helpen in het dierenasiel uitkomen.

Er werden veel mooie groepshartenwensen ingediend. Het was dan ook moeilijk om uiteindelijk twee winnaars te selecteren...

De eerste groepsrijzen gingen uiteindelijk naar de bewoners van Residentie Rado die niet meer zo goed te been zijn. Zij kunnen helaas niet mee wanneer andere bewoners een frisse neus halen of een mooie wandeling maken. Om hen die kans toch te geven, gaat hun hartenwens in vervulling om met golfkarretjes te toeren in de buurt van Alden Biesen.

De tweede groepswinnaar zijn de bewoners die samen langdurig verblijven in het Psychiatrisch Verzorgingstehuis De Luwte. Zij willen gezellig samen genieten en kozen voor een wens die de groeps sfeer alleen maar ten goede komt. Hun hartenwens, nl. samen een kookworkshop volgen bij een echte chef, zal in vervulling gaan. Smakelijk!

Deze wensen "vanuit het hart" met een oprechte boodschap naar de buitenwereld kunnen nu gerealiseerd worden. Hartenwens 2010 is opnieuw een succes gebleken!

SIT of SEL? Of beiden? En Listel dan?



Het SEL-decreet

Het nieuwe SEL-decreet beschrijft de opdrachten die de SEL's moeten vervullen. Iedere SEL heeft de opdracht om:

- een sociale kaart van alle zorgaanbieders, verenigingen van mantelzorgers en gebruikers en de vrijwilligersorganisaties op te maken, regelmatig te actualiseren en bekend te maken
- samenwerkingsovereenkomsten af te sluiten met ziekenhuizen, rusthuizen en rust- en verzorgingshuizen, dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf
- de progressieve invoering van multidisciplinaire zorgtrajecten te ondersteunen
- het elektronische zorgplan aan te reiken en te promoten
- multidisciplinaire vormen te organiseren of te ondersteunen
- de procedures die het zelfzorgvermogen evalueren te bewaken en ervoor te zorgen dat het zorgplan kwaliteitsvol is
- adviezen te verlenen, op eigen initiatief of op verzoek van de Vlaamse overheid, en goede praktijkvoorbeelden en probleemsituaties aan het agentschap te signaleren
- toezicht te houden op de organisatie van een multidisciplinair overleg in het kader van een zorgplan
- het multidisciplinair overleg te faciliteren

Aansluitend op het artikel van de eerstelijnsconferentie willen we ook even terugkomen op de omvorming van de SIT's tot SEL's.

Van SIT naar SEL

Sedert 1 januari 2010 zijn de vroegere SIT's (Samenwerkingsinitiatieven inzake Thuisverzorging) omgevormd naar SEL's (Samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg) naar aanleiding van het Besluit van de Vlaamse Regering van 19 december 2008. De provinciale koepel Listel vzw heeft vervolgens in 2009 de erkenning van SEL Genk en SEL Hasselt aangevraagd. In 2010 zijn beide SEL's opgestart.



- waar nodig het multidisciplinair overleg zelf te organiseren
- de lokale besturen te adviseren bij hun lokaal sociaal beleidsplan.

Listel?

In Limburg hebben SEL Genk en SEL Hasselt een structureel samenwerkingsverband gesloten waardoor beide SELs blijven werken onder de koepel van LISTEL vzw.

Listel heeft binnen de SEL-regio's Genk en Hasselt overigens naast de SEL-werking ook een GDT-werking uitgebouwd. GDT staat voor geïntegreerde dienst voor thuisverzorging. De regelgeving inzake GDT valt onder de Federale regelgeving. Een GDT heeft als opdrachten te waken over de opvolging van informatie en ondersteuning doorheen het ganse zorgproces t.o.v. zorgverstreker en patiënt, de samenwerking te bevorderen, de informatieuitwisseling te bevorderen en te waken over de praktische organisatie en ondersteuning van zorgverleners bij verstrekkingen in het kader van de thuisverzorging. In feite is de werking van een GDT en een SEL dus hetzelfde. Het grote verschil is dat een GDT valt onder de bevoegdheid van de federale overheid, terwijl de SELs vallen onder de bevoegdheid van de Vlaamse overheid.

Het Limburgse garantiemodel blijft

Werkgroepen, waar verschillende partners uit de eerstelijnsgezondheidszorg aan deelnamen, bereidden de overgang van SIT naar SEL voor. Eén van deze werkgroepen paste de Limburgse code tot coördinatie voor SEL/GDT Genk en SEL/GDT-Hasselt aan aan de nieuwe regelgeving. Na de overgang op 1/01/2010 ondertekenden alle partners van de SELs deze aangepaste versie. Eén van de principes uit de Limburgse code is het garantiemodel. Overlegcoördinatoren thuisgezondheidszorg van de Limburgse OCMW's garandeerden in het verleden al de organisatie van multidisciplinair overleg. Deze garantie blijft overeind doordat de OCMW's zich hiertoe engageren via het Protocol overlegcoördinatie thuisgezondheidszorg.

Nieuwe voorwaarden van het garantiemodel

Het Limburgse garantiemodel bevat vanaf nu een extra luik. Wanneer de OCMW's van een bepaalde regio het Protocol overlegcoördinatie thuisgezondheidszorg niet ondertekenen of naleven, kunnen de Regionale Dienstencentra het multidisciplinair overleg in dat werkgebied organiseren. Daarvoor moeten zij een Samenwerkingsovereenkomst overlegcoördinatie thuisgezondheids-

zorg ondertekenen en naleven. Zowel het Protocol als de Samenwerkingsovereenkomst stipuleren dat de organisator van het multidisciplinair overleg, de overlegcoördinator thuisgezondheidszorg, moet voldoen aan bepaalde kwaliteitsvereisten. Deze kwaliteitsvereisten zijn o.a. beschreven in het functieprofiel voor de overlegcoördinator thuisgezondheidszorg. Ook werken de overlegcoördinatoren thuisgezondheidszorg volgens de principes van de Limburgse code.

Tot slot moeten alle partners de nodige opleiding volgen die LISTEL vzw aanbiedt.

Alle partners uit de eerstelijnsgezondheidszorg hopen in de overgang naar SEL de constructieve samenwerking, die in het verleden zijn vruchten al heeft afgeworpen, voort te zetten.

Voor meer informatie:

LISTEL vzw

dr. Johan Vandervelden - voorzitter
Kristel Vanden Driessche - algemeen
coördinator
011 81 94 70
www.listel.be



