



# Revalidatieconventies Geestelijke Gezondheidszorg

*Portfolio en aanbevelingen voor  
een nieuw Vlaams beleid*

**zorg net**

ICURO

**Colofon:** Redactie: Ludewei Pauwelyn  
Eindredactie: Lieve Dhaene, Deborah Schollaert, Catherine Zenner

Met dank aan Martie Mol (TG 'de evenaar' en RC 'de keerkring'), Joost Vanhaecke (Inghelburch), Bernard Deleersnyder (Hedera), Hilde Vens (TOV vzw), Rita Wietendaele en John Deloof (De MaRe), Bob Crombez (Mirabello), Menno Fransen (Tsedek), Liesbet Felix (RC 'de keerkring'), Els Dhondt, (Route 11), Bram Grené (Sonar), Cindy Baillieu en Philip Pittevils (Perron70), Kris 's Hertogen (Reval LITP), Sabina Leszczynska (Validag), Frank Bartholomé (De Appelboom), Jo Rigole (COT), Bart Flobert (De Dauw), Nele Smets (GAUZZ), Marijs Lenaerts (moeder-baby-eenheid Psychiatrisch Centrum Bethanië), Klaas Bauters (Centrum Moeder en Baby Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Camillus), Jan Theuwen (Kompas) en Damien Versele (De Sleutel).

Vormgeving: [www.dotplus.be](http://www.dotplus.be)

D/2016/12607/2  
ISBN 9789491323225

2016©Zorgnet-Icuro

Niets uit deze uitgave mag door elektronische of andere middelen gereproduceerd en/ of openbaar gemaakt worden zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Citeren als: Pauwelyn, Ludewei. 2016. *Revalidatieconventies Geestelijke gezondheidszorg. Portfolio en aanbevelingen voor een nieuw Vlaams beleid*. Brussel: Zorgnet-Icuro.

Zorgnet-Icuro  
Guimardstraat 1  
1040 Brussel  
[post@zorgneticuro.be](mailto:post@zorgneticuro.be)  
[www.zorgneticuro.be](http://www.zorgneticuro.be)

# **Revalidatieconventies Geestelijke gezondheidszorg**

Portfolio en aanbevelingen voor een nieuw Vlaams beleid



# Inhoud

<b>DEEL 1: Inleiding</b>	<b>8</b>
<b>DEEL 2: Voorstelling en toekomstvisie</b>	<b>10</b>
<b>1. Gemeenschappelijke voorstelling GGZ revalidatieconventies</b>	<b>11</b>
1.1 Overzicht	11
1.2 Cliëntendoelgroep	14
1.3 Instroom	16
1.4 Activiteiten	17
1.5 Medewerkers	18
1.6 Financiële situatie	20
1.7 Uitstroom	22
<b>2. Bevoegdheidsoverdracht: aandachtspunten en concrete voorstellen</b>	<b>23</b>
2.1 Gemeenschappelijke kenmerken	23
2.1.1 Positionering in de GGZ	23
2.1.2 Samenwerking met belendende sectoren	25
2.1.3 Basisconcept	25
2.1.4 Conventie als reglementair kader	26
2.1.5 Financieringssysteem	29
2.1.6 Ongelijke spreiding	33
2.2 Psychosociale revalidatiecentra voor volwassenen	34
2.2.1 Verankering in de GGZ zorgprogramma's	34
2.2.2 Complementair aanbod	35
2.2.3 Recente en nieuwe centra	35
2.2.4 Verbinding met werk	36
2.2.5 Arbeidscoach GGZ	37
2.3 Psychosociale revalidatiecentra voor minderjarigen	38
2.3.1 Verankering in de GGZ zorgprogramma's	38
2.3.2 Uitdagingen met betrekking tot het aanbod	39
2.4 Moeder-baby-eenheden (MBE)	40
2.4.1 Verankering in de GGZ zorgprogramma's	40
2.4.2 Spreiding van bevoegdheden	41
2.4.3 Samenwerking MBE en andere zorgpartners betrokken in de perinatale periode	41
2.4.4 Knelpunten en noden binnen de huidige conventie	42
2.5 Centra voor verslavingszorg	43
2.5.1 Verankering in de GGZ zorgprogramma's	43
2.5.2 Financiering: meer dan enkel RIZIV	44
2.5.3 Artsen en psychiaters als deel van multidisciplinair team	44
2.5.4 Kinderen van druggebruikers	44
2.5.5 Groeipad	45
2.5.6 Diversiteit in behandeling	45
2.5.7 Justitie	45
<b>3. Conclusie</b>	<b>47</b>

<b>DEEL 3: Portfolio van de GGZ revalidatieconventies</b>	<b>50</b>
Centrum voor psychische revalidatie Inghelburch	52
Psychosociaal revalidatiecentrum Hedera	56
Psychosociaal revalidatiecentrum TOV	59
Psychosociaal revalidatiecentrum De MaRe	63
Psychosociaal Revalidatiecentrum Mirabello	66
Psychosociaal revalidatiecentrum TG 'de evenaar'	70
Tsedek	73
RC 'de keerkring'	76
Psychosociaal revalidatiecentrum Route 11	79
Psychosociaal revalidatiecentrum Sonar	82
Psychosociaal revalidatiecentrum Perron70	85
Psychosociaal revalidatiecentrum Reval (LITP)	88
Psychosociaal revalidatiecentrum Validag	91
De Appelboom - Behandelingscentrum voor peuters en kleuters met een autismespectrumstoornis	94
Centrum voor ontwikkelingstherapie	99
De Dauw - Behandelingscentrum voor autistische en psychotische kinderen	101
Centrum voor Gedragsstoornissen bij AUtisme en Zware Zorgbehoevendheid	103
Psychiatrisch Centrum Bethanië	106
PZ Sint-Camillus	109
Kompas vzw	112
De Sleutel	115



# Woord vooraf

Met de zesde staatshervorming werden de verschillende revalidatieconventies van het RIZIV overgedragen naar de gemeenschappen. Het zijn overeenkomsten die na goedkeuring door het College van geneesheren-directeurs van het RIZIV afgesloten zijn tussen een vzw en het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het RIZIV. De conventies waren steeds innovatieve initiatieven die een leemte invulden, vaak op maat van specifieke noden in een regio. Ze vormen een heel diverse groep van initiatieven die een aanvulling vormen op de bestaande hulpverlening. Sommige zijn residentieel, andere ambulante; sommige maken deel uit van een ruimere vzw, andere werken volledig autonoom.

In deze publicatie zoomen we in op de revalidatieconventies geestelijke gezondheid. In een eerste deel gaan we in op de gemeenschappelijke kenmerken van de verschillende GGZ-conventies en de specifieke aandachtspunten per conventievorm. In een tweede deel stellen de GGZ conventies zich in een portfolio individueel voor. Hiermee wil Zorgnet-Icuro een inzicht geven in de diversiteit van de conventies, hun werking en doelstellingen, en de Vlaamse overheid input geven om een beleid te ontwikkelen, afgestemd met en ingepast in een breder beleid geestelijke gezondheid. Vlaanderen dient immers voor deze deelsector die recent onder zijn bevoegdheid kwam inhoudelijke en strategische keuzes te maken. De zesde staatshervorming creëert kansen om heel wat regelgeving en richtlijnen minder complex en rigide te maken en een integraal zorgconcept uit te tekenen voor de geestelijke gezondheid. De brochure vormt met andere woorden geen sluitstuk, maar een vertrekpunt bij de verdere vormgeving van het nieuwe Vlaamse beleid.

Veel van de conventies hebben jaren gewerkt als innovators: kleinschalig en zoekend, maar altijd heel oplossingsgericht. Net door die historiek zijn de conventies heel sterk gericht op samenwerking en het ontwikkelen van zorg op maat. We hopen dat deze publicatie kan bijdragen tot verder overleg en samenwerking in netwerken. We pleiten voor het slaan van bruggen en voor een regelluwe context die een goede integratie van de revalidatieconventies in de geestelijke gezondheidszorg mogelijk maakt.

In deze publicatie brengen de GGZ conventies hun visie op de toekomst. Zorgnet-Icuro gaat met de bevoegde overheid en de betrokken partners graag het gesprek aan over de toekomst en de te maken inhoudelijke en strategische keuzes. We benadrukken ook het belang van de continuïteit van de werking in functie van de cliënten.

Deze publicatie is het resultaat van een intense samenwerking tussen de permanente werkgroep GGZ revalidatie van Zorgnet-Icuro en enkele conventies die niet aangesloten zijn bij Zorgnet-Icuro. We presenteren hier dan ook een gemeenschappelijke visie die vanuit de verschillende conventies is vormgegeven. We willen alle betrokkenen uitdrukkelijk danken voor hun verrijkende participatie en het enthousiasme waarmee we dit proces samen hebben doorlopen.

Isabel Moens,  
Directeur geestelijke gezondheidszorg

Peter Degadt  
Gedelegeerd bestuurder





**DEEL 1:  
INLEIDING**



Voorliggende publicatie geeft een overzicht van de Vlaamse GGZ revalidatiesector met een RIZIV-conventie.<sup>1</sup> Met de zesde staatshervorming werden deze conventies vanuit het federale niveau overgedragen naar Vlaanderen. Het zorgaanbod van de verschillende GGZ revalidatieovereenkomsten is historisch gegroeid, vaak als antwoord op een specifieke (regionale) nood aan zorg op maat en als alternatief voor langdurige psychiatrische hospitalisatie. De GGZ revalidatiecentra hebben unieke, verschillende overeenkomsten met het RIZIV, die o.a. de bevoegdheden, de beoogde populatie, de revalidatie-activiteiten, de vergoedbare prestaties, de revalidatieforfaits, de capaciteit, de doelstellingen en de personeelsomkadering omschrijven. De meest recente conventies werden met de Vlaamse overheid afgesloten. De specifieke opdrachten die de conventies opnemen, zijn complementair met het zorgaanbod binnen de geestelijke gezondheidszorg.

We onderscheiden zes vormen van GGZ revalidatieconventies:

- de psychosociale revalidatie voor volwassenen (772)
- de psychosociale revalidatie voor kinderen en jongeren (774)
- de revalidatie voor personen met een verslavingsproblematiek (773)
- de eenheden binnen psychiatrische ziekenhuizen in functie van vroegtijdige stoornissen bij de interactie tussen ouders en baby's, "de moeder-baby-eenheden" (MBE) (7745)
- de revalidatie-inrichtingen voor kinderneuropsychiatrie (7845)
- de centra voor ambulante revalidatie (CAR) (953 – 965).

De publicatie is opgebouwd uit twee delen. Eerst geven we een algemene voorstelling van de revalidatieconventies, met informatie over de in- en uitstroom, de doelgroep, de activiteiten, de financiële situatie en de medewerkers. We inventariseren en verhelderen de specifieke aandachtspunten bij de bevoegdheidsoverdracht en formuleren concrete voorstellen voor het beleid. We vertrekken daarbij vanuit de gemeenschappelijke eigenschappen van de conventies: positionering in het geheel van de geestelijke gezondheidszorg, de samenwerking met belendende sectoren, het basisconcept, de conventievorm, de administratieve procedures, het financieringssysteem en de ongelijke spreiding. Daarna gaan we verder in op de belangrijkste en essentiële kenmerken van elke conventievorm. We sluiten dit deel af een visie op de toekomst van de GGZ revalidatiesector, zodat een nieuw Vlaams beleid hierop kan inspelen. In het tweede deel stelt elke conventie zich individueel voor. Hier vind je per conventie gedetailleerde informatie.

Er bestaan verschillende benamingen om de doelgroep van de revalidatieconventies te omschrijven: revalidant, patiënt, hulpvrager, cliënt, gebruiker of deelnemer. In deze portfolio opteerden we voor de term 'cliënt'.

Deze portfolio werd samengesteld in het voorjaar van 2016 en vormt een momentopname. Het spreekt voor zich dat factoren als budget, aantal medewerkers enz. aan evolutie onderhevig zijn. We baseerden ons - tenzij anders vermeld - op data uit 2014. Daardoor zijn bepaalde gegevens voor een aantal opstartende centra nog niet bekend of onvolledig. Deze publicatie vormt dan ook geen "eindproduct" maar een basis voor verder gesprek en overleg met de bevoegde overheid en betrokken partners.

1 Reeds in 2013 maakte het toenmalige Zorgnet Vlaanderen op vraag van het kabinet van minister Vandeurzen een overzicht op van de GGZ revalidatiesector. Dit naar aanleiding van de bevoegdheidsoverdracht. Voorliggende publicatie vormt een actualisatie van die portfolio. Zowel leden als niet-leden van Zorgnet-Icuro werkten hieraan mee. Enkel de centra voor verslavingszorg die niet zijn aangesloten bij Zorgnet-Icuro vormen hierop een uitzondering.



**DEEL 2:  
VOORSTELLING EN TOEKOMSTVISIE**

# 1. GEMEENSCHAPPELIJKE VOORSTELLING GGZ REVALIDATIECONVENTIES

## 1.1 Overzicht<sup>2</sup>

De gedetailleerde en individuele informatie per conventie kunt u in de bijlagen van deze portfolio vinden. Hier geven we u een globaal overzicht met samenvattende informatie. Hierbij is de zeer ongelijke spreiding van het aanbod in België opvallend.

<p><b>Psychosociale revalidatie voor volwassenen - 772</b> (36 in België waarvan 13 in Vlaanderen)</p> <p>De psychosociale revalidatiecentra voor volwassenen hebben als taak om aan cliënten met psychische, psychiatrische en/of psychosociale problematiek(en) een ambulante en/of (semi)residentieel revalidatieprogramma van beperkte duur aan te bieden. Deze intensieve therapeutische, multidisciplinaire begeleiding is gericht op het fundamenteel herstel van de autonomie van de cliënt en zijn sociale en indien mogelijk professionele integratie in de maatschappij. De psychosociale revalidatie houdt rekening met de sociale omgeving van de cliënt met het oog op zijn integratie in het lokale sociale weefsel en ziet de cliënt als een actieve participant in dit proces.</p>		
• Inghelburch	ambulant	Regio Noord-West-Vlaanderen (Brugge)
• Hedera (*)	ambulant	Regio Ieper-Diksmuide: netwerk Accolade (Ieper)
• TOV (*)	ambulant	Regio Midden West-Vlaanderen: netwerk Prit (Roeselare)
• De MaRe (*)	ambulant	Regio Zuid-West-Vlaanderen (Kortrijk)
• Mirabello (*)	ambulant	Regio Gent-Eeklo: netwerk 't PAKT (Gent)
• TG 'de evenaar'	residentieel	Supraregionaal (Antwerpen)
• Tsedek	(semi)residentieel	Supraregionaal (Ekeren)
• 'de keerkring' (*)	ambulant	Regio Antwerpen: netwerk Sara (Mortsel)
• Route 11 (*)	ambulant	Regio Kempen (Turnhout)
• Sonar (*)	ambulant	Regio Leuven-Tervuren (Heverlee)
• Perron70 (*)	ambulant	Regio Halle-Vilvoorde: netwerk SaVHA?! (Asse)
• Reval- LITP	ambulant	Regio Zuidwest- en West-Limburg + regio Oost-Limburg: netwerk Noolim en Reling (Hasselt, Genk, Beringen en Lommel)
• Validag	ambulant	Regio zuid-west en west-Limburg + regio Oost-Limburg: netwerk Noolim en Reling (Lommel en Tongeren)

<sup>2</sup> We geven de locatie van de hoofdzetel van de revalidatiecentra. Dat sluit niet uit dat een aantal centra ook vestigingen of antennes hebben in andere steden en dus een groter gebied bedienen.

Oorspronkelijk kende Vlaanderen slechts vijf psychosociale revalidatiecentra voor volwassenen. In de loop van 2013-2015 kwamen er nog acht dergelijke centra in Vlaanderen bij (\*). In opvolging van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen ('projecten artikel 107') kreeg elk project de mogelijkheid om een psychosociaal revalidatiecentrum op te richten indien een dergelijk centrum met een aanbod voor dagbehandeling nog niet aanwezig was binnen het netwerk. In verschillende regio's werd sterk de nood gevoeld en een draagvlak gevonden om een dergelijk centrum op te richten. Het federaal moratorium op de programmatie werd hierdoor even doorbroken.

In het najaar van 2015 beslisten de betrokken overheden dat de regio's die pas in 2016 met een project hervorming GGZ volwassenen starten ook de mogelijkheid krijgen om een dergelijk centrum op te starten. Naar analogie met de eerdere beslissing zouden ook deze regio's een psychosociaal revalidatiecentrum voor volwassenen kunnen uitbouwen:

• Psychosociaal revalidatiecentrum voor volwassenen	ambulant	Regio Aalst-Dendermonde-Sint-Niklaas
• Psychosociaal revalidatiecentrum voor volwassenen	ambulant	Regio Mechelen-Duffel-Lier: netwerk GGalimero

#### **Psychosociale revalidatie voor kinderen en jongeren – 774**

(21 in België waarvan 4 in Vlaanderen)

De psychosociale revalidatiecentra voor kinderen en adolescenten met ernstige psychische aandoeningen hebben een (semi)residentieel, ambulant of outreachend aanbod naar kinderen, jongeren en jongvolwassenen met een autistische, psychotische of andere contactstoornis, of met een ontwikkelingsstoornis en emotionele of gedragsproblemen. Eén centrum richt zich specifiek naar personen met een autismespectrumstoornis die ook een matige of ernstige verstandelijke beperking én ernstige gedragsproblemen vertonen.

Via een multidisciplinaire behandeling krijgen de kinderen, jongeren en jongvolwassenen de kans om zich in een veilig en warm klimaat te ontplooien, de communicatie, zelfredzaamheid en sociale ontwikkeling te stimuleren, en het functioneren te verbeteren. Dit gebeurt in samenwerking met de ouders en met de verschillende contexten waarin ze opgroeien: thuis, familie, thuisvervangende instelling, school, ... Het einddoel is een re-integratie in het thuismilieu en/of een voorziening en/of het gewoon of buitengewoon onderwijs.

• De Appelboom	ambulant	suprareginaal (Genk)
• Centrum voor Ontwikkelingstherapie (COT)	ambulant	suprareginaal (Roeselare)
• De Dauw	residentieel	suprareginaal (Wortegem-Petegem)
• GAUZZ	residentieel ambulant	suprareginaal (Kortenberg, Mortsel)

**Moeder-baby-eenheden binnen PZ – 7745** (3 in België waarvan 2 in Vlaanderen)

De Moeder-baby-eenheid van een psychiatrisch ziekenhuis is een behandel eenheid voor moeders die psychische problemen ontwikkelen in de periode rondom en na de bevalling. Naast de behandeling van de moeder is het ondersteunen van de relatie met haar baby de belangrijkste doelstelling van het zorgaanbod. De MBE's bieden een geïntegreerd zorgaanbod met aandacht voor de moeder, de ontwikkeling van de baby en de familiale context. De behandeling kan zowel residentieel als ambulante. Verder voorziet de conventie een financiering voor de upgrade van bestaande bedden in het PZ, waarbij de basisfinanciering van het bed onder het federale budget financiële middelen valt.

• MBE PZ Bethaniënhuis	residentieel ambulant	supraregionaal (Zoersel)
• MBE PZ Sint-Camillus	residentieel ambulant mobiel	supraregionaal (Sint-Denijs-Westrem)

**Revalidatiecentra voor personen met een verslaving – 773**

(29 in België waarvan 13 in Vlaanderen)

De revalidatiecentra voor personen met een verslaving bieden een grote diversiteit van behandelprogramma's aan personen met een probleem van afhankelijkheid aan illegale drugs, alcohol en/of medicatie. Dat gaat van schadebeperking over substitutiebehandeling tot ambulante begeleiding op sociaal/medisch/psychisch vlak, crisisopvang, kortdurende en langdurende therapeutische programma's voor volwassenen en kinderen. Daarbovenop hebben de cliënten te maken met verschillende andere psychiatrische problematieken.

• De Sleutel	Gent
• De Kiem	Gavere
• De Spiegel	Kessel-Lo
• Kompas	Kortrijk
• MSOC Oostende	Oostende
• MSOC Gent	Gent
• MSOC Free Clinic	Antwerpen
• MSOC Vlaams-Brabant	Leuven
• MSOC Limburg	Genk
• ADIC vzw	Antwerpen
• Katarsis vzw	Genk

De informatie in deze brochure over de revalidatiecentra voor personen met een verslaving betreft de leden van Zorgnet-Icuro, namelijk Kompas (1 conventie) en De Sleutel (3 conventies: ambulante, residentieel volwassenen en residentieel minderjarigen).

### **Revalidatie kinderneuropsychiatrie – 7845** (2 in België waarvan 0 in Vlaanderen)

Enkel aanwezig in Wallonië. De inhoudelijke toelichting bij de revalidatie-inrichtingen kinderneuropsychiatrie werd dan ook niet in deze brochure opgenomen.

### **Centra voor ambulante revalidatie – 953 – 965** (79 in België waarvan 47 in Vlaanderen)

“De Centra voor Ambulante Revalidatie (CAR) staan in voor gespecialiseerde multidisciplinaire diagnostiek en behandeling voor personen met ontwikkelingsstoornissen, gehoorstoornissen, stotteren, hersenverlamming (CP) en niet-aangeboren hersenletsel (NAH). De CAR werken hoofdzakelijk voor kinderen en jongeren. Een deel van de cliëntenpopulatie bestaat uit volwassenen met gehoorstoornissen, stotteren of NAH. Binnen de geestelijke gezondheidszorg hebben de CAR zich gespecialiseerd in het aanbieden van ambulante, geïntegreerde, medische, paramedische en psychosociale diagnostiek en behandeling voor personen met ernstige en complexe stoornissen die significante beperkingen met zich meebrengen.” (Centra voor Ambulante Revalidatie in Vlaanderen, 2016). Door deze kernopdrachten zijn de CAR een belangrijke complementaire partner voor de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), die op hun beurt vooral de psychiatrische en psychologische behandeling op zich nemen. Samen vormen zij inzake consultatiezorg een sterk team in het ambulante GGZ-werkveld.

Voor verdere informatie over de situering van de CAR in het Vlaamse gezondheidsbeleid verwijzen we u naar de nota “Centra voor Ambulante Revalidatie in Vlaanderen” (2016) van SOM, de Federatie van CAR, MID en het Vlaams Welzijnsverbond.

## **1.2 Cliëntendoelgroep**

Elke revalidatievorm richt zich tot een welbepaalde doelgroep met een specifiek aanbod.

De **psychosociale revalidatiecentra voor volwassenen** richten zich op volwassen cliënten met een psychiatrische, psychische of psychosociale problematiek (DSM IV categorieën: schizofrenie en andere psychotische stoornissen, stemmingsstoornissen, angststoornissen, eetstoornissen, somatoforme stoornissen, dissociatieve stoornissen, stoornissen in de impulsbeheersing, persoonlijkheidsstoornissen, aanpassingsstoornissen, gedragsstoornissen, en ten slotte persoonlijkheidsstoornissen en gedragsstoornissen veroorzaakt door een ziekte, een hersenletsel of een hersendisfunctie). De conventie laat niet toe om personen te behandelen die lijden aan een matige of een ernstige mentale beperking. Ook verbiedt de conventie om personen te behandelen die lijden aan een nog voortdurende verslaving aan psychoactieve middelen. Fysiek ontwende cliënten kunnen wel in het programma opgenomen worden indien de verslavingsproblematiek niet meer centraal staat in hun vraag om hulp, en dat ze naar het centrum zijn verwezen door de behandelaar tijdens de ontwenningsskuur.

Bij de **psychosociale revalidatiecentra voor kinderen en jongeren** ligt de focus op kinderen, jongeren en/of jongvolwassenen met autismespectrumstoornis, psychose, ontwikkelingsstoornissen, gedragsproblemen, emotionele problemen, of een andere chronische en complexe psychiatrische problematiek.



**De moeder-baby-eenheden** richten zich binnen de betrokken psychiatrische ziekenhuizen op moeders of aanstaande moeders die psychische of psychiatrische problemen ervaren zoals depressie, angststoornissen, aanpassingsstoornissen, psychose, bipolariteit, en onderliggende persoonlijkheidsproblematiek – met exclusie van een primaire verslavingsproblematiek en zwakbegaafdheid. De behandeling is steeds samen met de baby, die een sterk verhoogde kwetsbaarheid heeft voor zijn ontwikkeling gezien de jonge leeftijd en de psychische problemen van de moeder. Bij opname mag de baby maximum 15 maanden zijn.

Ten slotte wordt de doelgroep van **de revalidatiecentra voor personen met een verslaving** samengesteld uit personen die vooral met een illegale drugverslaving kampen. Bij tegenindicaties wordt doorverwezen naar een passende behandeling (bv. ernstige fysische pathologie, comateuse toestanden...).

**Tabel 1. De verhouding van de verschillende leeftijdscategorieën binnen de verschillende revalidatievormen.**

	0-17j	18-40j	41-65j	> 65j
<b>Psychosoc. reval. volw.</b>	<b>0,8%</b>	<b>64,2%</b>	<b>33,5%</b>	<b>1,4%</b>
- Inghelburch	-	58%	42%	-
- Hedera	n.n.b.			
- TOV	n.n.b.			
- De MaRe	-	68%	32%	-
- Mirabello	-	67%	33%	-
- TG 'de evenaar'	-	100%	-	-
- Tsedek	5%	70%	20%	5%
- 'de keerring'	-	75%	25%	-
- Route 11	2%	53%	45%	-
- Sonar	-	80%	20%	-
- Perron70	n.n.b.			
- Reval-LITP	-	31%	64%	4%
- Validag	1%	40%	54%	5%
<b>Psychosoc. reval. K&amp;J</b>	<b>100%</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
- De Appelboom (2-6j)	100%	-	-	-
- COT (2,5-6j)	100%	-	-	-
- De Dauw	100%	-	-	-
- GAUZZ	n.n.b.			
<b>M-B-eenheden PZ</b>	<b>Met baby's</b>	<b>95,5%</b>	<b>4,5%</b>	<b>-</b>
- MBE PZ Beth.huis	Met baby's	93%	7%	-
- MBE PZ St-Camillus	Met baby's	98%	2%	-
<b>Reval. verslaving</b>				
- Kompas	13%	75%	12%	
- De Sleutel	10,8%	76,5%	12,4%	0,2%

### 1.3 Instroom

De instroom in de GGZ revalidatiecentra gebeurt op verschillende manieren. De algemene lijnen zijn echter gemeenschappelijk: de cliënt meldt zich aan; in bepaalde centra kan dat alleen op doorverwijzing. Daarna volgt een intakegesprek met een psychiater of psycholoog, of wordt een multidisciplinair onderzoek gevoerd. Voor de aanvang van een behandeling moet de arts-adviseur van het betreffende ziekenfonds de revalidatie goedkeuren. Een revalidatieplan (met revalidatiedoelstellingen) wordt opgemaakt wanneer de persoon zal begeleid worden door de revalidatiedienst of het revalidatiecentrum. Dit plan wordt regelmatig geëvalueerd en kan steeds gewijzigd worden.

**Tabel 2. De verhouding van de instroomkanalen (1ste lijn en/of thuis, centra voor geestelijke gezondheidszorg, algemene ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen, beschut wonen, voorziening van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, ander) bij de verschillende revalidatievormen.**

	1 <sup>ste</sup> lijn en/of thuis	CGG	AZ	PZ	BW	VAPH-voorz.	Ander
<b>Psychosoc. reval. volw.</b>							
- Inghelburch	25%	14%	26%	14%	-	-	21%
- Hedera	n.n.b.						
- TOV	n.n.b.						
- De MaRe	77%	-	7,5%	7,5%	14%	-	-
- Mirabello	40%	19%	13%	19%	2%	-	6%
- TG 'de evenaar'	14%	10%	40%	36%	-	-	
- Tsedek	40%	5%	30%	20%	-	-	5%
- 'de keerkring'	44%	31%	17%	5%	3%	-	-
- Route 11	60%	3%	9%	17%	2%	-	9%
- Sonar	50%	2,5%	2,5%	20%	7,5%	-	17,5%
- Perron70	n.n.b.						
- Reval-LITP	24%	11%	24%	35%	1,5%	-	4,5%
- Validag	43%	4%	12%	25%	3%	-	13%
<b>Psychosoc.reval. k&amp;j</b>							
- De Appelboom	12,06%	-	46%	41%	-	1,2%	-
- COT	83%	-	-	-	-	7%	10%
- De Dauw	-	-	-	70%	-	20%	10%
- GAUZZ	n.n.b.						
<b>Moeder-baby PZ</b>							
- MBE PZ Beth.huis	51,25%	18,75%	10%	18,75%	1%	-	2,5%
- MBE PZ St-Camillus	47%	3%	28%	10%	-	-	12%
<b>Reval. verslaving</b>							
- Kompas amb	44,33%	-	4,99%		-	-	50,68%
- Kompas res	82,84%	-	7,46%		-	-	9,7%
- De Sleutel amb	51,5%	-	7%		-	-	41,5%
- De Sleutel res volw	78,4%	-	10,7%		-	-	10,9%
- De Sleutel res kj	29%	-	7,9%		-	-	63,2%





Op eigen initiatief of na doorverwijzing door een professionele actor op de eerste lijn zoals een arbeidscoach, Gespecialiseerde Trajectbegeleiding (GTB), VDAB, huisarts, Kind en Gezin, privaat gevestigde specialisaties (psychiater, psycholoog, kinderarts, gynaecoloog, vroedvrouw, psychotherapeut, ...), onderwijs (school/centrum voor leerlingenbegeleiding CLB), thuisbegeleidingsdienst, centrum voor algemeen welzijnswerk (CAW), het jongeren adviescentrum (JAC), OCMW, sociale diensten ziekenfondsen, parket, vertrouwenscentrum, ...

Psychotherapeutisch centrum, 2a-team, 2b-team, ander revalidatiecentrum, centra voor integrale gezinshulp, bijzondere jeugdzorg, sociale dienst jeugdrechtbank, politie/justitie, welzijnsvoorzieningen...

#### 1.4 Activiteiten

	Max. capaciteit plaatsen	Volledige forfaits per jaar <sup>4</sup>	Gem. reval. duur	Gem. effectieve bezetting
<b>Psychosoc. reval. volw.<sup>5</sup></b>	<b>252 stoelen + 33 bedden</b>			
- Inghelburch	53 stoelen	9.356 (90%) 10.396 (100%)	10 m	95,30%
- Hedera	16 stoelen	2.700 (90%) 3.000 (100%)	n.n.b.	n.n.b.
- TOV	16 stoelen	2.700 (90%) 3.000 (100%)	n.n.b.	n.n.b.
- De MaRe	16 stoelen	2.700 (90%) 3000 (100%)	n.n.b.	n.n.b.
- Mirabello	16 stoelen	2.700 (90%) 3.000 (100%)	4 m	91,88%
- TG 'de evenaar'	18 bedden	4.910 (90%) 5.456 (100%)	6 – 8 m	104,21 %
- Tsedek	17 bedden + 8 stoelen	5.244 (90%) 5.827 (100%)	6 m	92%
- 'de keerkring'	16 stoelen	2.700 (90%) 3.000 (100%)	12 m	94%
- Route 11	16 stoelen	2.700 (90%) 3.000 (100%)	5 m	92,60%
- Sonar	16 stoelen	2.700 (90%) 3.000 (100%)	12 m	90%
- Perron70	16 stoelen	2.700 (90%) 3.000 (100%)	n.n.b.	n.n.b.
- Reval-LITP	46 stoelen	8.550 (90%) 9.500 (100%)	13 m	102%
- Validag	17 stoelen	2.850 (90%) 3.250 (100%)	9 à 10 m	94%

4 Het aantal volledige forfaits per jaar bij een normale facturatiecapaciteit (=90% bezetting) en bij de maximale facturatiecapaciteit (= 100% bezetting).

5 De gemiddelde effectieve bezetting wordt bij een aantal nieuwe centra beïnvloed door het jaar van opstart.

**Tabel 3. Overzicht capaciteit en bezetting van de verschillende revalidatievormen.**

<b>Psychosoc. reval. k&amp;j</b>	<b>26 bedden + 39 stoelen + ambulante eenheden</b>			
- De Appelboom	13 stoelen	2.738 (90%) 3.042 (100%)	2 j	100%
- COT	26 stoelen	3.974 (90%) 4.415 (100%)	2j	100%
- De Dauw	17 bedden	3.519 (90%) 3.910 (100%)	1,5 à 2 j	94%
- GAUZZ	9 bedden + ambulante eenheden	16.000 (90%) 17.778 (100%) <sup>6</sup>	n.n.b.	n.n.b.
<b>M-B-eenheden PZ<sup>7</sup></b>	<b>14 bedden + 4 stoelen + 8 plaatsen thuisbehandeling</b>			
- MBE PZ Beth.huis	8 bedden + 2 stoelen	2.593 (90%) 2.882 (100%)	Res: 52d Dag: 55d	93,82%
- MBE PZ St-Camillus	6 bedden + 2 stoelen + 8 pl thuisbehand.	1.882 (90%) 2.049 (100%)	Res: 52 d Amb: 71 d	104,24%
<b>Reval. verslaving<sup>8</sup></b>				
- Kompas amb	8578 sessies	8.769 (92%)	n.n.b.	101,10%
- Kompas res	16 bedden	3.942 (92%)	23 à 98 d	96,23 à 124,95%
- De Sleutel amb	n.n.b.	22.033 (92%)	146d <sup>9</sup>	90 à 94%
- De Sleutel res volw	64 bedden	20.520 (92%)	179d <sup>10</sup>	
- De Sleutel res kj	12 bedden	3.146 (92%)	n.n.b.	

### 1.5 Medewerkers

De verschillende revalidatieconventies benaderen de hulpvraag op een multidisciplinaire manier. In de conventie wordt het minimale te voorzien personeelskader vastgelegd (minimum te behalen aantal en disciplines). De werkelijke personeelskosten, verbonden aan dit personeelskader, worden volledig gefinancierd via een specifiek berekend forfait. Maatregelen betreffende Sociale Maribel, TAZ-bis (VDAB), etc. vallen volledig buiten de overeenkomst en worden dan ook gefinancierd via een bijkomende financiering bovenop de conventie.

- 4 Uitgedrukt in aantal outreachsessies per jaar. De outreachsessie komt overeen met één eenheid van de capaciteit. Een dag komt overeen met 3,2 eenheden van de capaciteit.
- 5 Upgrade van bestaande bedden, geen bijkomende bedden bovenop de ziekenhuiskennning.
- 6 Het betreft enkel de prestaties binnen RIZIV-context, cijfers 2012. Andere prestaties onder Gerechtelijke Alternatieve Maatregelen zijn hierin niet vervat. De ambulante zorg = aantal sessies van 1u, residentiële zorg is uitgedrukt in ligdagen.
- 7 Het gemiddelde wordt sterk beïnvloed door een aantal extremen. De mediaan of middelste waarde is 49 dagen.
- 8 Het gemiddelde wordt sterk beïnvloed door een aantal extremen. De mediaan of middelste waarde is 116 dagen.

Tabel 4. Bestafling binnen de verschillende revalidatievormen.

	Geneesk. staf	Master	Bachelor	Dir. + adm.	Arbeids-coach GGZ	Ander	Bijk. via andere fin.	Totaal (VTE)
<b>Psychosoc. reval. volw.</b>	<b>5,34</b>	<b>32,40</b>	<b>64,29</b>	<b>19,35</b>	<b>11</b>	<b>6,18</b>	<b>6,88</b>	<b>146,44</b>
- Inghelburch	0,93	3,74	11,86	3,97	1	1,16	1,64	24,30
- Hedera	0,21	1,50	3,10	1	1	0,20	0,50	7,51
- TOV	0,21	1,68	2,91	1,2	1	-	0,99	7,99
- De MaRe	0,33	2	2,51	1,2	1	-	0,50	7,54
- Mirabello	0,32	2,10	2,38	1,20	1	-	0,02	7,02
- TG 'de evenaar'	0,50	5,65	8,43	1,65	-	0,50	-	16,73
- Tsedek	0,58	2,50	8,85	2,30	-	0,80	1,10	16,13
- 'de keerkring'	0,26	1,75	2,75	1,04	1	0,20	-	7
- Route 11	0,31	1,70	3,05	1	1	-	-	7,06
- Sonar	0,30	1,50	3,20	0,50	1	0,50	-	7
- Perron70	0,21	2,75	1	0	1	-	-	4,96
- Reval-LITP	0,80	3,50	11	3	1	2,5	1,13	22,93
- Validag	0,38	2,03	4,25	1,29	1	0,32	1	10,27
<b>Psychosoc. reval. k&amp;j</b>	<b>1,82</b>	<b>14,96</b>	<b>40,22</b>	<b>4,76</b>	<b>-</b>	<b>8,5</b>	<b>5</b>	<b>75,26</b>
- De Appelboom	0,24	1	6,5	1,13	-	2	1,50	12,37
- COT	0,13	0,89	7,97	1	-	0,50	1,50	11,99
- De Dauw	0,45	3,57	15,75	1,63	-	2	2	25,40
- GAUZZ <sup>11</sup>	1	9,50	10	1	-	4	-	25,50
<b>M-B-eenheden PZ<sup>12</sup></b>	<b>0,75</b>	<b>2,71</b>	<b>9,03</b>	<b>2,30</b>	<b>-</b>	<b>5,16</b>	<b>-</b>	<b>19,95</b>
- MBE PZ Beth.huis	0,50	2,21	4,68	1	-	3	-	11,39
- MBE PZ St-Camillus	0,25	0,50	4,35	1,30	-	2,16	-	8,56
<b>Reval. verslaving</b>	<b>7,68</b>	<b>42,50</b>	<b>88,75</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>6,84</b>	<b>61,59</b>	<b>209,36</b>
- Kompas	1,49	7,50	15,75	2	-	6,84	5	38,58
- De Sleutel	6,19	35	73	-	-	-	56,59	170,78



Onderhoud, schoonmaak, opvoeding, keuken, ...

Sociale Maribel, TAZ-bis (VDAB), PZ, steden en gemeenten, Alternatieve Gerechtelijke Maatregelen (AGM), Gesco, Maatschappelijke integratie... Deze middelen zijn in bepaalde gevallen slechts tijdelijk.

11 Enkel het revalidatiekader. Het verpleegkader, horende bij de algemene ziekenhuisfinanciering, wordt hier niet weergegeven.

12 Enkel het revalidatiekader. Het verpleegkader, horende bij de algemene ziekenhuisfinanciering, wordt hier niet weergegeven.

## 1.6 Financiële situatie

**Tabel 5. Budget van de verschillende revalidatievormen**

	Reval.forfait	Cliënt	VAPH <sup>13</sup>	Andere	Totaal <sup>14</sup>
<b>Psychosoc. reval. volw.</b>	n.n.b.	n.n.b.	143.199,70	n.n.b.	12.177.847,58
Inghelburch	1.813.758,16	11.663,66	50.408,77	325.388,63	2.201.219,22
Hedera	n.n.b.	n.n.b.	-	n.n.b.	550.000
TOV	n.n.b.	n.n.b.	-	n.n.b.	550.000
De MaRe	n.n.b.	n.n.b.	-	n.n.b.	550.000
Mirabello	547.462,13	2.875,26	-	1.000	551.227,77
TG 'de evenaar'	1.442.173,97	40.838,43	-	104.311,30	1.587.323,70
Tsedek	1.050.380,54	48.478,48	-	59.292,52	1.158.151,54
'de keerkring'	n.n.b.	n.n.b.	-	n.n.b.	550.000
Route 11	478.346,91	2.960,03	-	1.733,35	483.040,29
Sonar	n.n.b.	n.n.b.	-	n.n.b.	550.000
Perron70	n.n.b.	n.n.b.	-	n.n.b.	550.000
Reval-LITP	1.666.314,08	15.947,14	65.384,24	280.018,12	2.027.663,50
Validag	733.995,62	4.516,64	27.406,69	27.298,91	869.221,56
<b>Psychosoc. reval. k&amp;j</b>	n.n.b.	n.n.b.	-	n.n.b.	5.707.384
De Appelboom	837.925	13.279	-	80.116	931.320
COT	774.667	6.634	-	104.188	885.489
De Dauw	1.731.007	19.300	-	140.268	1.890.575
GAUZZ	n.n.b.	n.n.b.	-	n.n.b.	2.000.000
<b>M-B-eenheden PZ<sup>15</sup></b>	1.492.381,57	1.737,66	-	38.258	1.531.653,05
MBE PZ Beth.huis	894.175	724,18	-	38.258	932.433
MBE PZ St-Camillus	598.206,57	1.013,48	-	-	599.220,05
<b>Reval. verslaving</b>	11.333.965,28	n.n.b.	-	n.n.b.	n.n.b.
Kompas amb	969.325	56.603	-	n.n.b.	n.n.b.
Kompas res	1.364.208				
De Sleutel amb	3.170.548,70	n.n.b.	-	1.702.711	n.n.b.
De Sleutel res volw	4.773.362,40		-		
De Sleutel res kj	1.056.521,18		-		



Provinciale toelagen, OCMW-toelagen, tewerkstellingssubsidies sociale maribel, CAO 45+, RIZIV (eindeloopbaan/VAP-uren), VIPA, ...

- 13 Onderhoudstoelage vanuit het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) wordt afgetrokken van het globale budget bij de berekening van het forfait.
- 14 Cijfers 2014. Bijgevolg zijn bepaalde data voor een aantal opstartende centra nog niet bekend. Voor deze centra hebben we dan ook een ingeschatte benadering gemaakt.
- 15 Budget vanuit de conventie-financiering. De middelen die horen bij de algemene ziekenhuisfinanciering worden hier niet weergegeven.



**Tabel 6. Kosten binnen de verschillende revalidatievormen**

Kosten	Personeelskosten	Werkingskosten	Investerings (evt. afschrijving)	Andere	Totaal
Psychosoc. reval. volw.	n.n.b.	n.n.b.	n.n.b.	n.n.b.	n.n.b.
Inghelburch	1.702.686,02	-	129.759,40	319.382,27	2.151.827,69
Hedera	n.n.b.	n.n.b.	n.n.b.	n.n.b.	n.n.b.
TOV	n.n.b.	n.n.b.	n.n.b.	n.n.b.	n.n.b.
De MaRe	n.n.b.	n.n.b.	n.n.b.	n.n.b.	n.n.b.
Mirabello	466.255,18	47.854,31	-	3.338,64	517.448,13
TG 'de evenaar'	1.212.318,70	277.437,29	32.697,59	92.854,87	1.615.308,45
Tsedek	845.482,32	278.174,96	-	3.440,59	1.127.097,87
De Keerkring	n.n.b.	n.n.b.	n.n.b.	n.n.b.	n.n.b.
Route 11	386.463,43	51.871,16	2.662,19	-	440.996,78
Sonar	n.n.b.	n.n.b.	n.n.b.	n.n.b.	n.n.b.
Perron70	n.n.b.	n.n.b.	n.n.b.	n.n.b.	n.n.b.
Reval-LITP	1.773.072	158.516,81	-	196.247	2.127.830,90
Validag	772.666,50	119.256,15	-	27.298,91	869.221,56
Psychosoc. reval. k&j	n.n.b.	n.n.b.	n.n.b.	n.n.b.	n.n.b.
De Appelboom	636.817	146.656	43.860	-	827.333
COT	804.333	64.407	2.654	3.481	874.875
De Dauw	1.587.564	168.501	109.761	2.188	1.868.014
GAUZZ	n.n.b.	n.n.b.	n.n.b.	n.n.b.	n.n.b.
<b>M-B-eeenheden PZ<sup>16</sup></b>	1.337.499	86.507	-	169.057	1.593.063
MBE PZ Beth. huis	825.859	23.380	-	169.057	1.018.296
MBE PZ St-Camillus	511.640,35	63.126,74	-	-	574.767,09
Reva. verslaving	n.n.b.	n.n.b.	n.n.b.	n.n.b.	n.n.b.

Graag vragen we voorzichtigheid bij het interpreteren van de tabellen over het budget en de kosten:

- Een interpretatie van de kosten en het budget, die inherent verbonden zijn aan de organisatie en de werking van de conventies, gebeurt het best in het licht van actuele informatie. De cijfers in deze tabellen zijn van 2014 en bijgevolg onvoldoende aangepast aan de evoluties die sindsdien hebben plaatsgevonden.
- De bezetting speelt een essentiële rol.
- De moeder-baby-eeenheden vertonen een tekort dat opgenomen dient te worden door het psychiatrisch ziekenhuis waaraan de eenheid verbonden is.
- De nieuwe psychosociale revalidatiecentra voor volwassenen hebben een budgettaire marge nodig om de schuld in te lossen van de prefinanciering die de centra zelf dienden te voorzien.

16 Kosten die verbonden zijn aan de conventie.

## 1.7 Uitstroom

De cliënt en het revalidatiecentrum evalueren samen de ontwikkeling en de behandeling. Een beëindiging van de revalidatie gebeurt pas na een dergelijke grondige evaluatie en bij een gezamenlijk akkoord. Samen wordt gezocht naar een vervolgtraject op maat van de cliënt. Hierbij legt het centrum contact met de verschillende relevante actoren uit het netwerk, zoals de familie, opleidingsinstituten, VDAB, huisvesting, andere GGZ-actoren, thuiszorg, etc.

Gemiddeld 10% wordt na de revalidatie opgenomen in een gepaste residentiële setting. Gemiddeld 90% van de cliënten stroomt door naar de thuissituatie (bij de centra met dagbehandeling verblijven de cliënten bij de start al in de thuissituatie), met bijna steeds een verdere opvolging door een dienst- of hulpverleningsactor uit het netwerk (bv. arbeidszorg, mobiel team, centrum voor geestelijke gezondheidszorg, centrum voor integrale gezinshulp, onderwijs, semi-internaat voor niet-schoolgaande kinderen...) of indien de conventie dit toelaat door het revalidatiecentrum zelf.

## 2. Bevoegdheidsoverdracht: aandachtspunten en concrete voorstellen

De GGZ conventies willen hun visie op de toekomst brengen, vertrekkend vanuit het bestendige van de sterktes, het aanpakken van de bekommernissen en het inspelen op de uitdagingen. We vragen aandacht voor deze essentiële informatie bij de verdere inhoudelijke en strategische keuzes die Vlaanderen zal maken bij de verdere integratie in de geestelijke gezondheidszorg. Verder benadrukken we het belang van de continuïteit van de werking in functie van de cliënten. Het intensief therapeutisch aanbod van de revalidatiecentra ondersteunt de cliënten bij hun herstel en ontwikkeling, en zijn complementair met het ander aanbod in de regio.

We focussen eerst op de eigenschappen die de verschillende conventies gemeenschappelijk hebben. Gezien de diversiteit gaan we daarna verder in op de belangrijkste en essentiële aandachtspunten per conventievorm.

### 2.1 Gemeenschappelijke kenmerken

#### 2.1.1 Positionering in de GGZ

De psychosociale revalidatiecentra voor volwassenen, de psychosociale revalidatiecentra voor kinderen en jongeren, de centra voor verslavingszorg, de moeder-baby-eenheden en de centra voor ambulante revalidatie positioneren zich allemaal binnen het domein geestelijke gezondheidszorg. De bestaansredenen en opdrachten van deze revalidatiecentra, en de noodzaak aan samenwerking met de GGZ-actoren in de ontwikkeling van de GGZ zorgprogramma's voor volwassenen en kinderen en jongeren, maken de positie en de rol van deze revalidatieconventies binnen de geestelijke gezondheidszorg noodzakelijk.

#### Op basis van de historische ontwikkeling

Het zorgaanbod van de verschillende GGZ revalidatieovereenkomsten in België is historisch gegroeid, vanuit de vastgestelde nood naar alternatieven voor langdurige psychiatrische hospitalisatie. Die gaven de kans om de conventie op maat vorm te geven en zo de cliënten maatwerk aan te bieden. De inhoudelijke invulling van de conventies is dan ook verschillend naargelang hun historische ontwikkeling. In het aanbod werd stelselmatig rekening gehouden met meer dan alleen het psychopathologische aspect. Zo komen onder meer ook de context, het sociale en de gezondheid aan bod. De centra vertrokken dus steeds vanuit de gehele mens en stelden deze centraal. Het betrof steeds innovatieve initiatieven die een leemte invulden en gelegitimeerd werden door het RIZIV, steeds na een uitgebreide verantwoording. De aanwezigheid van deze overeenkomsten is met andere woorden aanvullend op de bestaande hulpverlening. Dit betekent echter niet dat alle leemtes in de regio's weggewerkt werden.

#### Op basis van de opdracht

Het zorgaanbod van de verschillende GGZ revalidatieovereenkomsten vertoont verschillende bijzonderheden, maar de algemene principes zijn dezelfde. Dit wordt verder in deze nota toegelicht. De revalidatieconventies kenmerken zich door een interdisciplinair team. Dat biedt intensieve therapeutische processen aan van bepaalde duur, aangepast aan de mogelijkheden en de behoeften van de individuele cliënt. Er is sprake van maatwerk. De ontwikkeling en revalidatie van de cliënt staan voorop en de actieve en vrijwillige deelname van de cliënt is van fundamenteel belang. De autonomie van de cliënt en zijn persoonlijk en sociaal herstel in de samenleving zijn de doelstellingen. Vaak is een belangrijk middel hiertoe de professionele integratie. Ook de niet-persoonsgebonden factoren (familiaal,

sociaal, economisch, cultureel, politiek...) worden mee opgenomen in de aanpak van de problematiek van de cliënt.

### Op basis van de GGZ zorgprogramma's

De geestelijke gezondheidszorg bevindt zich in een transitieperiode. De verschillende overheden werken samen met de sector aan een vernieuwd beleid. Bij de hervorming ligt de focus op de aanwezigheid van voldoende aangepast en gedifferentieerd aanbod op basis van de noden van de cliënten, georganiseerd aan de hand van netwerken en zorgprogramma's. Vermaatschappelijking van zorg krijgt hierbij sterk de aandacht. Verschillende bouwstenen vormen de fundamenten van het vernieuwde beleid. Zowel op federaal niveau als binnen Vlaanderen werd het concept van de netwerken ingeschreven in respectievelijk de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008 (artikel 11), en het decreet betreffende de geestelijke gezondheidszorg van 18 mei 1999 (artikel 9).

Binnen het zorgprogramma GGZ voor volwassenen enerzijds en voor kinderen en jongeren anderzijds, nemen de GGZ revalidatieconventies een essentiële rol in, namelijk die van 'alternatieve, aanvullende behandeling'. Meestal kleinschalig en gelegen in de samenleving, vallen zij niet op en normaliseren zij de pathologie zodanig dat cliënten zich erkend weten voor hun krachten en minder bepaald worden door de stoornissen of defecten waarvoor ze hulp vragen. Afhankelijk van het conventietype nemen zij opdrachten op binnen de functies 1, 2, 3 en 4 van de hervorming GGZ volwassenen.<sup>17</sup> De typerende opdracht is complementair aan de andere voorzieningen en diensten binnen de ambulante en residentiële geestelijke gezondheidszorg en binnen de belendende sectoren. Dat maakt de GGZ revalidatiecentra tot een essentiële partner.

Een aansluiting van deze opdrachten bij het residentiële en ambulante gespecialiseerd aanbod in de GGZ op vlak van organisatie, financiering en dergelijke is noodzakelijk en wenselijk. Het Vlaamse decreet geestelijke gezondheidszorg dient dan ook te worden aangepast met een omschrijving van de specifieke opdrachten van de GGZ revalidatiecentra. We vragen ook om de vertegenwoordiging en inhoudelijke thema's voor besluitvorming van het bestaande raadgevend comité Zorg en Gezondheid binnen het departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin af te stemmen op de volledige sector GGZ. Op deze manier kan de input vanuit o.a. de revalidatieconventies GGZ bij de ontwikkeling van het Vlaamse beleid, alsook het essentiële overleg en de afstemming met de praktijk worden ondersteund. Ook tijdens het structureel overleg GGZ met minister Vandeuren dienen thema's met betrekking tot de revalidatie GGZ aan bod te komen.

17 Hervorming GGZ volwassenen:

- functie 1: activiteiten inzake preventie, promotie van de ggz, vroegdetectie, screening en diagnosestelling;
- functie 2: ambulante intensieve behandelteams 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.

Uit: Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en netwerken, ondertekend door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid op 26 april 2010.

### 2.1.2 Samenwerking met belendende sectoren

Alle GGZ revalidatieconventies zijn geïntegreerd in diverse netwerken, waarbij samenwerking en overleg met partners uit de omgeving van de cliënt en het netwerk essentiële pijlers vormen. Dit is noodzakelijk voor een vlotte in-, door- en uitstroom van de cliënt die beantwoordt aan zijn of haar noden.

In de eerste plaats zitten alle revalidatieconventies vervat in een project van de hervorming GGZ volwassenen enerzijds en/of minderjarigen anderzijds. Overleg en samenwerking kan hierbij structureel of eerder ad hoc plaatsvinden, en kan geformaliseerd of niet geformaliseerd zijn.

Mogelijke actoren waarmee de revalidatieconventies samenwerken zijn de centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG), psychiatrische ziekenhuizen (PZ), algemene ziekenhuizen (AZ), initiatieven beschut wonen (IBW of BW), psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT), revalidatiecentra, mobiele teams van functie 2, centra voor algemeen welzijnswerk (CAW), centra voor alcohol- en andere drugproblemen, thuiszorg- of thuisbegeleidingsdiensten, familieorganisaties, patiëntenorganisaties, ziekenfondsen, huisartsen, VDAB, diensten van de gespecialiseerde trajectbegeleiding (GTB), OCMW, activiteitencentra, maatwerkbedrijven, projecten arbeidszorg, privaat gevestigde specialisaties zoals psychiaters, huisvestingsmaatschappijen, scholen, centra voor leerlingenbegeleiding (CLB), centra voor kindzorg en gezinsondersteuning, centra integrale gezinszorg, (expertise)centra voor kraamzorg, medisch-pedagogische instituten, bijzondere jeugdzorg...

### 2.1.3 Basisconcept

Dit zijn de kenmerkende eigenschappen die de verschillende conventies delen:

- ontwikkeling, herstelondersteuning en behandeling;
- via multidisciplinaire en intensieve processen;
- voor bepaalde duur;
- gericht op de cliënt, zijn ontwikkeling, zijn doelen, zijn actieve en vrijwillige deelname, zijn autonomie, zijn heroriëntatie (ontwikkeling, persoonlijk herstel) en re-integratie (verwerven en behouden van maatschappelijke rollen, sociaal herstel). Men ondersteunt de cliëntgerichtheid door flexibel in te spelen op de specifieke noden, met maatwerk als streven;
- samen met (en niet voor) de cliënten: zo veel mogelijk de regie in handen van de cliënt en/of de context;
- rekening houden met en betrekken van de context (familiaal, sociaal, economisch, cultureel, politiek...);
- aandacht voor de medische, sociale en psychologische aspecten;
- kleinschalig en in de samenleving gelegen;
- trajectdenken waarbij het centrum een van de partners is die een deel van het traject op zich neemt: deze gedeelde zorg gebeurt op basis van een intensieve samenwerking met partners;
- methodisch, *evidence* en *practice based* werken;
- ervaringsdeskundigheid in de werking geïntegreerd.

#### 2.1.4 Conventie als reglementair kader

De GGZ revalidatiecentra hebben unieke, verschillende overeenkomsten met het RIZIV, die o.a. de bevoegdheden, de beoogde populatie, de revalidatie-activiteiten, de vergoedbare prestaties, de revalidatieforfaits, de capaciteit, de doelstellingen en de personeelsomkadering omschrijven. De meest recente conventies werden met de Vlaamse overheid afgesloten.

De revalidatiecentra kennen een aantal richtlijnen in de regelgeving die een positieve invloed hebben op de werking van het centrum, bijvoorbeeld:

- De eis om een tweejaarlijks rapport af te leveren, waarbij er een wetenschappelijke onderbouwing van de werking wordt gevraagd, zorgt voor een interne en externe (naar verwijzers) dynamiek richting reflectie en overleg. Een dergelijke kwaliteitscontrole is zinvol als controle voor de overheid en is tegelijkertijd ook een instrument waarmee inhoudelijk gewerkt kan worden.
- Het werken met een revalidatieplan en revalidatiedoelstellingen ervaren de GGZ revalidatiecentra als zeer positief.
- Sommige centra zijn historisch door het VAPH erkend en dienen te voldoen aan de betreffende kwaliteits- en erkenningsvereisten.

Daar tegenover staat dat de conventies een uitgebreid, gedetailleerd en complex reglementair kader kennen.

- Deze complexe én rigide kader en richtlijnen zorgen ervoor dat de conventie onvoldoende flexibiliteit biedt bij nieuwe ontwikkelingen. Telkens moet een nieuwe of aangepaste conventie worden gemaakt en afgesloten. Ook in functie van de doorstroom vanuit de centra naar een gepaste vervolgzorg is een meer flexibele toepassing van de conventie noodzakelijk, om zo beter in te kunnen spelen op de noden van de cliënten (ter illustratie: momenteel moet het traject bij het centrum stopgezet worden bij een residentiële opname; het is echter belangrijk dat de cliënt de kans krijgt om dit traject na ontslag opnieuw flexibel te kunnen hervatten).
- Ten slotte biedt een meer flexibele toepassing mogelijkheden om in te spelen op een optimale re-integratie van de cliënten (bijvoorbeeld: momenteel kunnen er enkel sporadisch buiten het centrum activiteiten gevolgd worden).
- De revalidatietermijnen worden bij bepaalde revalidatiecentra gelinkt aan een diagnose. Dit is echter irrelevant in een revalidatiecontext die niet georiënteerd is op de pathologie maar wel op de ontwikkeling.
- Bepaalde revalidatiecentra met een oorspronkelijke en beperkte VAPH-erkenning moeten periodiek gegevens doorgeven om onderhoudstoelages te ontvangen. Dit is een administratief zware en overbodige procedure, waarbij deze toelage beter verrekend kan worden in het globale forfait.
- Voor de nood aan administratieve vereenvoudiging op het vlak van financiering verwijzen we u naar de opmerkingen in hoofdstuk 2.1.5.
- De centra moeten aan verschillende voorwaarden inzake registratie voldoen, maar beschikken hiervoor niet over een logistieke ondersteuning, noch over een algemeen referentiekader voor kwaliteit waarbinnen een dergelijke dataverzameling gebeurt en benut wordt (behalve die centra met een historische en beperkte VAPH-erkenning). In dit kader verwijzen we ook naar het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen "Aanzet tot een vernieuwde minimale registratie in de GGZ-voorzieningen" (2012), en de beslissing van de Interministeriële Conferenties Volksgezondheid die de opdracht gaven om dit advies verder uit te werken en om een protocol tussen de verschillende overheden uit te werken (welke inhoud, hoe zal de registratiestroom verlopen, wie verwerkt, wie zorgt voor feedback, wie financiert wat).



De centra hechten een groot belang aan een verzameling van gegevens in het licht van een zorgtraject. Er is dan ook een versterking nodig van de huidige omkadering van de centra zodat ze kunnen voldoen aan de registratie zoals in het advies is opgenomen.

Bijzondere aandacht gaat ook naar de kwaliteit van het aanbod dat de centra bieden. Een aantal conventies nemen deel aan het Vlaams Indicatorenproject GGZ (VIP<sup>2</sup> GGZ). Het kwantificeren van de kwaliteit van zorg aan de hand van kwaliteitsindicatoren heeft tot doel de kwaliteit van zorg te verbeteren om deze resultaten vervolgens te gebruiken in het kader van maatschappelijke verantwoording. Aan de hand van VIP<sup>2</sup> GGZ wil men de kwaliteit van zorg meer aandacht geven en deze zichtbaarder maken.

Momenteel loopt er een intervisiegroep psychosociale revalidatiecentra op niveau van de FOD Volksgezondheid (in uitbreiding van de vorming in het kader van de GGZ netwerken volwassenen) die dit thema mee behartigt en een aantal voorstellen zal doen inzake het kwaliteitsbeleid in deze centra. In een eerste stap is het vooral belangrijk dat de psychosociale revalidatiecentra bepalen wat hun gedeelde beleidsvisie is inzake onderzoek en meetinstrumenten (wat zijn de voorwaarden, bijvoorbeeld). In de beginfase is daarna ook de aftoetsing met Vlaanderen als verantwoordelijke overheid essentieel: hoe ziet de overheid de toekomstige invulling van monitoring, registratie...? Zit de overheid te wachten op een dergelijk instrument? Wat is de link met de minimale psychiatrische gegevens (MPG)? Zou de overheid middelen voorzien voor ICT en registratie?

Verschillende conventies passen ook kwaliteitssystemen en -instrumenten toe, zoals de online bevraging via Quest Manager, de Outcome Questionnaire 45, de Nederlandse Empowermentvragenlijst en de Mansa kwaliteit van leven (MANchester Short Assessment of quality of life).

Ten slotte werden al verschillende onderzoeken gevoerd naar hun werking.<sup>18</sup> De werking wordt geëvalueerd en eventueel bijgestuurd.

18 Bracke, P. & Vanhaecke, J. 2000. "Psychosociale revalidatiecentra. Ontwikkelen van een constructieve identiteit als opdracht van psychische revalidatie". In: De Hert, M., Van den Broucke, S., Van Nuffel, R. *Naar een geestelijk gezonde samenleving*. Diegem: Kluwer, 553-573; Bracke, P. 2001. "Measuring the subjective well-being of people in a psychosocial rehabilitation center and a residential psychiatric setting", *Psychiatric Rehabilitation Journal* 24: 3, 222-226; Bracke, P. 2002. "De steun van lotgenoten en therapeuten tijdens psychosociale revalidatie", *Mens en maatschappij* 77(1): 43-64; Vanhaecke, J. 2004. "Psychische revalidatie: een nieuwe benadering in de vermaatschappelijking van zorg", *Psyche* 16(3): 4-6; Vernou, E. 2014. Evaluatie Kompas aan huis. Een analyse van de effectiviteit, efficiëntie en tevredenheid. Instituut voor Psychosociale Opleiding; Eindwerk "Minderjarige bewoners op de crisisafdeling van Kompas Kortrijk"; Vliegen, N., Casalin, S., Luyten, P. et al. 2013. "Hospitalization-based treatment for postpartum depressed mothers and their babies: Rationale, principles, and preliminary follow-up data", *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes* 76 (2): 150-168; Vliegen, N., Casalin, S., Luyten, P. 2014. "The Course of Postpartum Depression: A Review of Longitudinal Studies", *Harvard Review of Psychiatry* 22(1): 1-22; Vliegen, N., Luyten, P., Besser, A. et al. 2010. "Stability and Change in Levels of Depression and Personality: A Follow-Up Study of Postpartum Depressed Mothers Hospitalized in a Mother-Infant Unit", *Journal of Nervous and Mental Disease* 198(1): 45-51; Koorengel, K., de Vette, M., Docx, R. 2015. "Moeder-baby-opname". In: Lambregtse-van den Berg, M., van Kamp, I., Wennink, H. (red). *Handboek psychiatrie en zwangerschap*. Utrecht, de tijdstroom; Lenaerts, M. 2011. "De vroege moeder-kindrelatie bij moeders met een borderlineproblematiek". In: Rexwinkel, M., Schmeets, M., Pannevis C. et al. (red). *Handboek Infant Mental Health. Inleiding in de ouder-kindbehandeling*. Assen: Van Gorcum; Lenaerts, M. 2012. "De geboorte van een relatie", *Tijdschrift voor vroedvrouwen* 18 (3): 179-183.

Verdere informatie is ook te vinden in de voortgangsrapporten die de conventies opstellen.

- Het knelpunt inzake complexe reglementering wordt nog versterkt bij de moeder-baby-eenheden, gezien de verbinding met het psychiatrische ziekenhuis (er is bijvoorbeeld andere regelgeving betreffende de artsen in het psychiatrische ziekenhuis dan in de revalidatie-overeenkomst).
- Sommige centra ondervinden moeilijkheden bij de procedure die de ziekenfondsen volgen voor de aanvraag voor tenlasteneming van revalidatie. Het gaat dan vooral over een moeizame afhandeling van aanvragen, waardoor de procedure soms aansleept. Zorgnet-Icuro deelt deze bezorgdheid, aangezien die ook een grote impact heeft op de cliënt. De continuïteit van zorg en de noden van de cliënt spelen een grote rol. Uiteraard ontkennen we niet dat de problematiek ook een serieuze impact heeft op de organisatie en de financiering van het centrum zelf. De lange administratieve procedures hebben een substantiële impact op de mogelijk te factureren revalidatiedagen en op de bezetting van het centrum. We pleiten dan ook voor een versnelde en elektronische afhandeling met respect voor de te doorlopen procedures. We pleiten er tevens voor om deze organisaties in staat te stellen de snelle evoluties inzake eHealth bij te benen.
- De impact van langdurige administratieve procedures is ernstiger voor de nieuwe centra. Zij hebben te maken met langdurige procedures tot de goedkeuring voor revalidatie (*zoals eerder in dit hoofdstuk omschreven*) én langdurige procedures tot de goedkeuring voor de facturering aan de ziekenfondsen. Bovendien kunnen zij niet rekenen op een startbudget, waardoor de centra zelf moeten instaan voor de prefinanciering. De combinatie van deze knelpunten resulteert in een onhoudbare situatie. Om de periode te overbruggen moeten de centra een beroep doen op een lening (met of zonder rente). Hier dienen we echter rekening te houden met een aantal beperkingen: eerst en vooral gaat het om kleinschalige en opstartende centra met weinig mogelijkheden om te lenen bij de financiële instellingen. Bovendien krijgen ze geen compensatie voor de rente op leningen. De partners in het netwerk die tijdelijk bijspringen kunnen dat ook niet oneindig blijven doen. Met andere woorden: de mogelijkheden om een lange administratieve procedure te doorlopen en aan prefinanciering te doen zijn beperkt.
- Zorgnet-Icuro vraagt dan ook de nodige aandacht voor deze drempels indien er naar de toekomst toe nog nieuwe centra worden opgericht. Daarnaast stellen we voor om de kennisgeving aan het ziekenfonds af te schaffen. Uiteraard dient dat opgenomen te worden in het kader van het nieuwe financieringssysteem.
- Tot slot zorgt de bevoegdheidsoverdracht en de bijhorende overgangperiode, waarbij het RIZIV verantwoordelijk blijft voor een aantal opdrachten, voor een vertraging bij de behandeling van individuele dossiers van de centra. Vlaanderen draagt nu al de officiële bevoegdheid over de conventies, maar overeenkomstig het protocolakkoord neemt het RIZIV tijdelijk essentiële taken op zich. De noodzakelijke wisselwerking tussen beide instanties belemmert een vlotte behandeling van dossiers.

De zesde staatshervorming creëert kansen om heel wat regelgeving en richtlijnen minder complex en rigide te maken. Een overregularisering inzake registratie en administratie komt de werking immers niet ten goede. We dienen dan ook de conventievorm te verlaten en te onderzoeken hoe deze bevoegdheden ingebed kunnen worden in een Vlaams beleid en organisatie van de GGZ.

Zorgnet-Icuro benadrukt dat een aantal conventies een tijdelijk karakter kennen en eindigen op 31/12/2016 (de drie centra die in de eerste fase werden opgericht) of 31/12/2017 (de vijf centra die in een tweede fase werden opgericht, de conventies betreffende de moeder-baby-eenheden en de conventie GAUZZ). Zorgnet-Icuro vraagt de Vlaamse overheid om de moeder-baby-eenheden, gezien hun jarenlange aantoonbare meerwaarde, een conventie voor onbepaalde duur toe te kennen. Daarnaast wensen we de andere bestaande tijdelijke conventies een verlenging toe te kennen gedurende de overgangperiode, om daarna een structurele inbedding te krijgen eens het Vlaamse beleid met het bijhorende financieringssysteem is uitgebouwd.

## 2.1.5 Financieringssysteem

### Financiering van de organisatie en werking

De vergoedbare revalidatieprestaties in het kader van het revalidatieprogramma staan in de individuele overeenkomst omschreven. De prijzen van deze prestaties worden in de bijlage van de overeenkomst opgenomen en zijn forfaitair bepaald. Het zijn vaste bedragen die zo nauw mogelijk moeten aansluiten bij de werkelijke kostprijs, inclusief de werkingskosten, de personeelskosten, de investeringskosten en de kosten voor activiteiten. De normale facturatiecapaciteit is bij een bezetting tot 90%.

Bij de overdracht van de bevoegdheden over de GGZ revalidatie-overeenkomsten is een van de belangrijkste vragen welk systeem tot uitbetaling van de financiering Vlaanderen zal toepassen en hoe het budget voor o.a. de GGZ revalidatie zal evolueren. Beide staan onder invloed van verschillende ontwikkelingen zoals de vermaatschappelijking van zorg, de stijgende zorgkosten, de positie van de cliënt en zijn sterktes (empowerend werken, zelfregie...), en de organisatie van zorg (schaalgrootte, *stepped care*, laagdrempelig, vraaggericht, context, samenwerking, differentiatie...).

Deze vraag moet beantwoord worden met de nodige tijd en voldoende afweging tussen de voor- en nadelen van de huidige en toekomstige systemen tot uitbetaling op federaal en Vlaams niveau. Niet alleen om het best mogelijke financieringssysteem toe te passen of te ontwikkelen, ook om de continuïteit van de zorg en de werking te bewaken.

Het nieuwe financieringssysteem, en meer bepaald de hoogte van de persoonlijke bijdrage van de cliënt, mag de toegankelijkheid van de zorg op geen enkele manier bemoeilijken. Daarnaast moet dit systeem minstens de beperkingen van de huidige financiering van de revalidatieconventies opvangen:

- Bij een bezetting boven 90% moet er minder (50% of 25% of 0%) worden gefactureerd aan de ziekenfondsen.<sup>19</sup>
- Er moet een te hoog bezettingspercentage worden gehaald om break-even te draaien. Er wordt geen rekening gehouden met mogelijke (therapeutische én geïndiceerde) afwezigheden van cliënten, wat een negatieve impact op het budget heeft.

19 <90% bezetting: 100% wordt gefactureerd; 90-94% bezetting: 50% wordt gefactureerd (25% indien het centrum het jaar voordien meer dan 94% bezetting heeft gehad of indien er ooit minstens één jaar geweest is met een bezetting van 94% of meer); 94-98% bezetting: 25% wordt gefactureerd; >98% bezetting: 0% wordt gefactureerd.

- Er is dan ook geen financieel vangnet voor een jaar waarin een bezetting van minder dan 90% gehaald wordt, wat bovendien de werking van een centrum jarenlang hypothekeert. Ook wordt geen rekening gehouden met 'afwezigheidsdagen' waarbij residentiële cliënten hun familie, vrienden, of andere belangrijke personen kunnen opzoeken. Er is dan ook nood aan een financiering die garanties biedt bij het behalen van een lagere bezettingsgraad. Denk daarbij bijvoorbeeld aan een financieringsgarantie voor de personeelskosten bij een bezetting van 80% (ter vergelijking: in de residentiële GGZ dient een bezetting van 80% gehaald te worden, in een kinderspsychiatrische behandelingsunit 70%).
- Indien er boven de facturatiecapaciteit wordt gegaan, mag er niet meer worden aangerekend aan de ziekenfondsen, noch mogen cliënten op het einde van het jaar een eigen bijdrage betalen. Dat is niet therapeutisch noch maatschappelijk verantwoord. Zorgnet-Icuro raadt aan om steeds een eigen aandeel aan de cliënt te vragen, ook als er boven een maximale bezetting wordt gegaan. Een gedifferentieerd systeem waarbij rekening gehouden wordt met kwetsbare groepen is noodzakelijk. Ook is het belangrijk om meer eenheid te krijgen tussen de verschillende tarieven in de ambulante GGZ.
- De centra vragen een vereenvoudigd systeem voor de boekhouding en facturatie. De boekhouders hebben ondertussen veel kennis en ervaring opgedaan en vragen mee te mogen participeren aan een overleg voor een beter systeem.
- De centra moeten beschikken over een reëel budget in functie van een prefinanciering. Dat is een gevolg van de langdurige administratieve procedures voor de aanvraag van de tenlasteneming van revalidatie (zie 2.1.5.).

We voegen hieronder nog een aantal noden toe waarvoor momenteel een ontoereikende of ontbrekende financiering is voorzien. Deze aanbevelingen gelden voor alle conventies, ongeacht de vorm.

- Met betrekking tot de medewerkers, de personeelsomkadering en de financiering:
  - » Het *barema van de adviserend arts* (barema voor de psychiaters in de revalidatieconventies) is niet aantrekkelijk in verhouding tot de verloning van psychiaters in andere voorzieningen. De sector apprecieert de verhoging van het barema adviserend arts met 2%, zoals in 2014 met terugwerkende kracht werd uitgevoerd in toepassing van het KB van 11 juni 2011, maar deze verhoging zorgt niet voor de erkenning en waardering die er zou moeten zijn. Bovendien wordt de relevante anciënniteit niet meegenomen.
  - » Dit vergoedingsmechanisme maakt het de conventies moeilijk om psychiaters aan te trekken en hypothekeert het voortbestaan van deze werkvormen. Zorgnet-Icuro pleit er dan ook voor om dit op korte termijn aan te pakken. Om de ontwikkeling van de netwerken GGZ volwassenen ten volle een kans te geven, moet men ernaar streven dat de vergoeding van de medische functie per uur voor gelijke prestaties gelijkaardig is en onafhankelijk van de setting (centra voor geestelijke gezondheidszorg, initiatieven beschut wonen, psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische verzorgingstehuizen en revalidatiecentrum). Dit voorstel wordt ook opgenomen in het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (2015) inzake een prospectief en programma-georiënteerd financieringssysteem.
  - » Er is momenteel geen of onvoldoende financiering voorzien voor *faciliterende functies* en diensten die zich op een tussenniveau bevinden, zoals ICT, administratie... Toch zijn deze functies noodzakelijk om zowel intern als extern optimaal diensten te kunnen verlenen aan cliënten en verwijzers. In de financiering van de personeelsequipes is bijvoorbeeld geen personeel voorzien voor informatica. Dit aspect van de werking neemt echter een steeds groter deel van het werk in, o.a. door de opgelegde registraties, en vormt een noodzakelijke functie om zowel intern als extern optimaal diensten te kunnen verlenen aan cliënten en verwijzers. De kleinschaligheid van de conventies

onderstreept de nood. De conventies die verbonden zijn aan een ziekenhuis kunnen op de informatietechnologie van de algemene organisatie steunen, en vragen in dit kader geen bijkomende ondersteuning. Ook in het licht van de registratie kan een informaticus ondersteuning bieden. De conventies krijgen immers steeds meer registraties opgelegd vanuit de overheid. Die streven op die manier naar een adequate beleidsvorming en transparantie betreffende de besteding van middelen.

Daarnaast is er in vergelijking met andere voorzieningsvormen onvoldoende budget voor de aankoop van materiaal in ateliers en voor bijscholing.

- » Momenteel krijgen de *kinesitherapeuten en logopedisten* binnen de psychosociale revalidatiecentra voor volwassenen, kinderen en jongeren een verloning op niveau bachelor/graduaat, ook al hebben zij een diploma op niveau master/licentiaat. Aangezien er nog enkel licentiaten/masters kinesitherapie en logopedie afstuderen is het noodzakelijk dat het licentiaats-/masterbarema in de dagprijs wordt opgenomen en dat deze medewerkers volgens diploma worden vergoed. Een (ontoereikend) structureel bedrag van 0,624 miljoen euro in het kader van de revalidatie werd hiervoor gereserveerd in de begroting ziekteverzekering 2010, maar nooit uitgevoerd. Dit bedrag werd uiteindelijk opgenomen in de besparingen in de begroting ziekteverzekering 2016. Gezien het bedrag voor de verhoging van het barema kinesitherapeuten en logopedisten in de gereserveerde (en dus nog niet effectief toegekende) bedragen zat, werd dit bedrag bij de staatshervorming niet mee overgedragen naar Vlaanderen. Bovendien was dit gereserveerde bedrag nog niet toegewezen aan specifieke sectoren. In deze post werd een opportuniteit van besparing gezien en doorgevoerd.
- » De functie als *coördinator* bij de nieuwe centra is beperkt tot 0,5 VTE. Gezien de verschillende opdrachten die de coördinatoren opnemen, is dit aantal te weinig. Zo staat de coördinator in voor het dagelijkse beleid van het centrum, waaronder kwaliteitsbeleid, financieel-administratief beleid, personeelsbeleid en logistiek beleid gevat wordt. In dit kader dient de coördinator de strategie van de voorziening en de activiteiten te plannen, implementeren, organiseren, controleren en coördineren. Daarnaast draagt deze functie er zorg voor dat de organisatie mee evolueert met relevante maatschappelijke en wetenschappelijke evoluties. Wetgeving, aanbevelingen, innovaties en andere aspecten dienen steeds te worden opgevolgd, alsook de actieve deelname aan overlegorganen.
- » Mogelijkheden tot de aanwerving van *ervaringsdeskundigen* ontbreken en moeten voorzien worden gezien hun verrijkende inbreng.
- » Voldoende financiering is nodig om personeel met een *hoge anciënniteit* te kunnen behouden, om voldoende kwalificatie te kunnen betalen en om het multidisciplinaire karakter van het team te waarborgen.
- » De conventies hebben geen specifiek of een beperkt bedrag voor *vorming*, waardoor zij hiervoor de werkingskosten dienen te gebruiken. Niettegenstaande zijn de vormingsnoden bij en de specialisatie van het personeel hoog. De doelgroep vergt een specifieke aanpak die gebaseerd is op een gepaste vorming. Wat de moeder-baby-eenheden betreft wordt ondersteuning voor vorming voorzien, maar is een hogere ondersteuning noodzakelijk.
- » Bij de berekening van de personeelskosten door het RIZIV ontbreekt een *fietsvergoeding*, wat het centrum nochtans wettelijke verplicht aan de medewerkers moet voorzien. Daarnaast is er geen derdebetalersstelsel voorzien voor het *openbaar vervoer*, waar de andere voorzieningen in de GGZ (zoals de centra voor geestelijke gezondheidszorg en de psychiatrische verzorgingstehuizen) wel op kunnen rekenen.
- » De *sociaalrechtelijke gevolgen van de overheveling* en hun impact op het budget komen nog aan bod in een addendum op deze brochure.

- De nieuwe psychosociale revalidatiecentra voor volwassenen, die opgericht werden in het kader van de hervorming GGZ volwassenen, kregen geen afdoend werkingsbudget toegekend voor de opstart. Nochtans hebben deze centra te maken met gemiddeld 45.000 euro voor verzekeringen en opstartkosten (ICT, inrichting, meubilair, ander materiaal...). Hier bovenop komen nog de huurprijs en eventuele aanpassingswerken aan de infrastructuur. De centra moeten rekenen op de partners in het netwerk om dit te kunnen bekostigen. Zorgnet-Icuro pleit ervoor om opstartende centra een budget toe te kennen voor eenmalige opstartkosten.

Het is belangrijk te bekijken in welke mate de positieve punten van het huidige financieringssysteem behouden kunnen worden, zoals:

- de automatische indexering;
- de financiering van de personeelskost die de werkelijkheid benadert;
- de mogelijkheid om investerings- en bouwkosten na goedkeuring door het RIZIV volledig terug te krijgen middels afschrijving en opneming in het revalidatieforfait;
- en de beperkte bijdrage van de patiënt.

De revalidatieconventies zijn bereid om over alternatieve financieringsvormen na te denken, mits de alternatieve financieringsmethode geen perverse effecten met zich meebrengt. De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (de afdelingen 'programmatische en erkenning', 'financiering' en de permanente werkgroep 'psychiatrie') finaliseerde in 2015 zijn advies inzake een prospectief en programma-georiënteerd financieringssysteem. De GGZ revalidatie kan zich hier principieel vinden.

In het Vlaams regeerakkoord werd opgenomen om de revalidatiesector onder te brengen in de Vlaamse sociale bescherming. In de conceptnota hierover wordt de deur geopend naar een persoonsvolgend financieringssysteem. Nochtans zijn de GGZ conventies geen chronische zorgvormen, de behandelprogramma's zijn eerder kortdurend en beperkt in tijd. De doelgroep heeft nood aan een tijdelijke ondersteuning om nadien opnieuw zo zelfstandig mogelijk in de samenleving te functioneren. De programma's passen dus in een 'behandelingsaanbod' en niet in een aanbod van 'langdurige zorg'. Dat zal een specifieke invulling vergen in de Vlaamse sociale bescherming. Bovendien wordt bij de toepassing van het systeem een onderscheid gemaakt naargelang de beperking van personen. De *Convention on the Rights of Persons with Disabilities* van de Verenigde Naties laat echter geen discriminatie toe tussen de verschillende vormen van beperkingen. Ook lijkt de toepassing van dit systeem op de conventies die inherent verbonden zijn aan een ziekenhuis niet mogelijk.

De toepassing van de Vlaamse sociale bescherming en de persoonsvolgende financiering op de GGZ conventies brengen een aantal nadelen en bijgevolg randvoorwaarden met zich mee. Deze hebben vooral betrekking op:

- een sectoroverstijgend, gebruiksvriendelijk en gepast instrument voor een objectieve indicatie van de zorgnood: de BelRai is onvoldoende flexibel en multidisciplinair om de evoluerende noden op de verschillende levensdomeinen van de psychiatrische patiënt in kaart te brengen. Een ander instrument is dan ook aangewezen, met aandachtspunt dat de financiering van de revalidatie GGZ dient te gebeuren op basis van de ontwikkeling en niet op basis van de pathologie;
- de koppeling met de erkenning en programmatische;
- het respect voor het solidariteitssysteem;
- gelijke zorgnood = gelijke toegang;
- een duidelijke definitie van de persoonsvolgende financiering en de organisatiegebonden kost.

Zorgnet-Icuro pleit ook voor een duidelijke programmatie van de GGZ revalidatie, gebaseerd op de noden en het aanwezige aanbod, en met oog voor de noodzakelijke uitbreiding van de huidige financiële middelen. De nood wordt nog versterkt gezien de verdere ambities inzake de afbouw van bedden en de uitbouw van alternatieven. Op deze manier kunnen we het essentiële aanbod dat de GGZ revalidatieconventies bieden, verzekeren.

### **Financiering van investeringen**

Slechts enkele revalidatiecentra hebben een oorspronkelijke en beperkte VAPH-erkenning, en kunnen hierdoor een beroep doen op het Vlaams Infrastructuurfonds Persoonsgebonden Aangelegenheden(VIPA). De actuele financieringsregels voor investeringen in de sector van de revalidatiecentra zijn niet gebonden aan strikte architectonische of erkenningsnormen. Elke aanvraag wordt beoordeeld door het College van het RIZIV op zijn noodzaak, functionaliteit, kostprijs... De vergoeding wordt verrekend in de forfaits op basis van de aanvaarde kostprijs en de interestlasten op de aangegane leningen. De revalidatieconventies zijn vragende partij om betrokken te worden bij de verdere initiatieven inzake de aanpassing van het financieringssysteem voor investeringen, en zullen proactief een aantal aandachtspunten en andere input in kaart brengen. Dit komt in een addendum op deze brochure meer in detail aan bod.

Het is logisch om het klassieke financieringssysteem toe te passen op de revalidatieconventies, naar analogie met de andere GGZ-sectoren in Vlaanderen zoals de psychiatrische verzorgingstehuizen, de initiatieven beschut wonen en de centra voor geestelijke gezondheidszorg. Uiteraard dienen we dit te plaatsen in het licht van een nieuw financieringssysteem voor de conventies gezien de huidige berekening van het forfait momenteel niet toelaat om de eigen inbreng op te bouwen die het VIPA-systeem vereist.

De subsidiëringsregels die door VIPA worden gehanteerd ondergaan momenteel een transformatie naar aanleiding van de zesde staatshervorming en omwille van de ESR-neutraliteit en impact op de Vlaamse begroting. De financiële en procedurele omkadering van de toekomstige dossiers is bijgevolg onduidelijk. Ondanks de budgettaire beperkingen vraagt Zorgnet-Icuro de aandacht voor de noden aan investeringen in de revalidatiecentra. Het RIZIV besliste immers dat, in de periode voorafgaand aan de defederalisering van de RIZIV-conventies, alleen die dossiers met hoogdringendheid nog konden worden ingediend. De "oude" centra worden dus al jarenlang beperkt in de mogelijkheden om te investeren in bouw dossiers.

#### **2.1.6 Ongelijke spreiding**

Het zorgaanbod van de verschillende GGZ revalidatieovereenkomsten, alsook de arbeidscoach GGZ (zie 2.2.5), kent momenteel een ongelijke spreiding. De recent opgestarte centra vormen geen oplossing voor dit probleem aangezien zij onafhankelijk van de noden in en de grootte van de regio werden opgericht. Op basis van de noden is een dergelijk centrum in elk netwerk noodzakelijk. De omkadering dient aangepast te zijn aan het aantal inwoners in de regio en aan de aanwezige zorgnoden en het aanbod.

De GGZ revalidatieconventies en de arbeidscoaches moeten de kans krijgen om verder te groeien in functie van de vermaatschappelijking van zorg. Daarbij hebben we het niet alleen over de ontwikkeling van voldoende aanbod, maar ook over de nood aan voldoende aangepast aanbod. Een flexibele programmatienorm is nodig die tegemoet komt aan de verdere uitbreiding van de centra op basis van de vastgestelde noden en het aanwezige aanbod in de regio, en die rekening houdt met de grootte van de regio. Tegelijk moet dat ook aan de centra de mogelijkheid bieden om de beschikbare middelen op een flexibele manier te kunnen inzetten zodat ze tegemoet kunnen komen aan de vraag van de cliënt. Zo mogen bijvoorbeeld de psychosociale revalidatiecentra voor minderjarigen en de moeder-baby-eenheden momenteel niet met antennes werken. Dat zou nochtans mogelijkheden bieden om tegemoet te komen aan die ongelijke spreiding, zonder de multidisciplinaire werking uit te hollen.

Het is belangrijk dat dit steeds bekeken wordt in het licht van het volledige zorgtraject en binnen de globale visie op de hervorming van GGZ voor volwassenen en minderjarigen.

## 2.2 Psychosociale revalidatiecentra voor volwassenen (772)

Naast bovenstaande visie, sterktes en bekommernissen die gemeenschappelijk zijn tussen de verschillende conventies, vestigen we de aandacht op een aantal specifieke punten per conventie. In dit hoofdstuk concentreren we ons op de psychosociale revalidatiecentra voor volwassenen.

### 2.2.1 Verankering in de GGZ zorgprogramma's

De doelstelling van de hervorming GGZ voor volwassenen bestaat erin het functioneel model binnen een bepaald werkingsgebied uit te bouwen in samenwerking met actoren uit zowel GGZ als erbuiten. De psychosociale revalidatiecentra voor volwassenen nemen verschillende opdrachten op binnen dit model, voornamelijk gesitueerd in functie 3 en functie 4.

Van de momenteel 13 bestaande psychosociale revalidatiecentra voor volwassenen zijn er twee centra (Tsedek en TG 'de evenaar') die opdrachten binnen functie 4 opnemen. Zij werken supraregionaal & (semi)residentieel. Beide kleinschalige centra zijn opgericht om buiten het psychiatrisch ziekenhuis aan herstel, ontwikkeling en behandeling te werken. In dit opzicht sluit hun inhoudelijke werking overigens aan bij functie 3.

Gaandeweg hebben deze beide centra bewezen zeer goede resultaten te leveren. De huidige beweging rond ervaringsdeskundigheid, herstelvisie, werken vanuit gelijkwaardigheid en in dialoog met een grote autonomie voor de cliënt zijn principes waarop de (dagelijkse) werking van deze centra gestoeld is.

Beide centra zijn gekende en volledig in de GGZ geïntegreerde centra om naar te verwijzen, vooral wanneer opname in een psychiatrisch centrum niet is aangewezen. Beide centra hebben sinds een aantal jaren te kampen met wachtlijsten, vooral door de toegenomen nood van jongvolwassenen aan een veilige plaats waar zij zich verder kunnen ontwikkelen. In het verleden gaven beide centra vaak te kennen dat er in Vlaanderen meer behoefte is aan zulke centra én dat de rigide regelgeving contact met het thuismilieu of andere belangrijke derden blokkeert. Zij zijn vragende partij om meer flexibiliteit toe te kennen aan beide conventies zodat ook geïndiceerde nazorg na de intensieve opname plaats kan vinden en de overschakeling na opname op een goede manier verloopt. Op die manier kan zorg op maat worden geleverd en verloopt de re-integratie in de maatschappij vlotter.

Daarnaast zijn er elf ambulante (=dag) psychosociale revalidatiecentra. Deze centra, waarvan er acht recent zijn opgestart, nemen een belangrijke plaats in functie 3 in. Ze bieden modules aan die dicht aansluiten bij de maatschappelijke verwachtingen en gericht zijn op de ontwikkeling van persoonlijk en sociaal herstel. Daarmee sluiten ze aan bij de herstelgerichte visie in de GGZ, mede geïnspireerd door de fasen en transities in het herstelproces, zoals omschreven in het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen. De psychosociale revalidatie(dag)centra richten zich op de fasen van 'heroriëntatie' (= persoonlijk herstel) en 're-integratie' (= sociaal herstel) in het herstelproces van mensen met psychische kwetsbaarheden. Het persoonlijk herstel is gericht op het (opnieuw) ontwikkelen van een eigen identiteit, het opnieuw een betekenisvolle toekomst vormgeven voor zichzelf. Dit is vooral een therapeutisch proces dat gericht is op ontwikkeling, groei en omgaan met beperkingen. Ook dit is de kernopdracht van de centra. In het sociaal herstel ligt de focus vooral op het herstellen van zinvolle sociale rollen, waaronder 'actief zijn in de samenleving'. In functie van het sociaal herstel van cliënten zijn de centra belangrijke kwartiermakers op het vlak



van vrije tijd en werk en nemen ze een centrale, verbindende rol op in functie 3. Meer informatie over de specifieke invulling van functie 3, en de opdrachten die de centra hierin kunnen opnemen, is te vinden in de nota "Uitbouw van de functie 3 in de netwerken GGZ volwassenen" van Zorgnet-Icuro (*in opmaak*).

### **2.2.2 Complementair aanbod**

De psychosociale revalidatiecentra bevinden zich in een netwerk van GGZ en belendende sectoren, en verschaffen een complementair aanbod. In functie van de specifieke noden van de cliënt onderscheidt het aanbod zich van de partners in de regio (zoals de poliklinieken, de centra voor geestelijke gezondheidszorg...) Bepalende factoren hierbij zijn vooral:

- de nood aan een kortdurend traject in functie van een overgang naar de samenleving of thuissituatie na ontslag, waarbij de psychosociale revalidatiecentra instaan voor een intensief en in tijd afgebakende dag- of residentiële behandeling gericht op een re-integratie in de samenleving (aandacht voor verschillende levensdomeinen);
- de noodzakelijke inhoudelijke accenten (bijvoorbeeld inzake doelgroep, doelstelling, visie, taken, context, werk, zorg...), waarbij de invulling door de psychosociale revalidatiecentra al eerder in deze nota omschreven staat;
- de focus, waarbij behandeling gericht op de ontwikkeling en re-integratie in maatschappelijke rollen de kerntaak vormt van de psychosociale revalidatiecentra;
- de fase van herstel waarin de cliënt zich bevindt, waarbij de revalidatiecentra vooral de heroriëntatie (persoonlijk herstel) en re-integratie (sociaal herstel) ondersteunen met nadruk op ontwikkeling, de cliënt in zijn totale context, en/of werk. Dat sluit niet uit dat ook de revalidatiecentra aandacht hebben voor onder meer zorg en acute situaties, maar de begeleiding legt er geen klemtoon op.

### **2.2.3 Recente en nieuwe centra**

De hervorming kan pas slagen indien alle functies de nodige ruimte tot ontwikkeling krijgen. Zo is het welslagen van de hervorming evenzeer afhankelijk van een verdere verdieping van functie 3. Zorgnet-Icuro vraagt dan ook de aandacht voor onder meer deze functie bij de verdere uitbouw van de globale visie vanuit de overheden, in samenwerking met de sector. Niettegenstaande het ontwikkelen van een globaal beleid met vele verschillende overheden samen tijd vraagt, is er dringend nood aan enkele verduidelijkingen op korte termijn. Zoals eerder toegelicht kregen de projecten 'hervorming GGZ volwassenen' de mogelijkheid om bijkomende psychosociale revalidatiecentra op te richten daar waar de noden in de regio niet werden ingevuld en waar daarvoor in het netwerk draagvlak werd gevonden. Zorgnet-Icuro vraagt de Vlaamse overheid uitdrukkelijk om de twee betreffende regio's, nl. de regio Aalst-Dendermonde-Sint-Niklaas en de regio Mechelen-Lier, ook de kans te geven een psychosociaal revalidatiecentrum in te richten en zo in te spelen op de leemtes in het netwerk en de noden van cliënten. Daarnaast vragen we om bij de herschikking van de netwerken de huidige uitgebouwde centra te bestendigen. We verwijzen hiervoor opnieuw naar de vraag om een flexibele programmatienorm op te richten op basis van de noden, het bestaand aanbod en de grootte van de regio. De werking van de centra en de arbeidscoaches GGZ vormen immers essentiële schakels in de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen.

De overgangperiode bij de overgedragen bevoegdheid van de conventies loopt tot en met 2017, terwijl de overeenkomsten van enkele nieuwe centra tot en met 2016 van kracht zijn. We vragen de Vlaamse overheid om bij de ontwikkeling van het Vlaamse beleid proactief rekening te houden met deze nieuwe revalidatiecentra, en hen een verlenging van de overeenkomst tijdens de overgangperiode toe te kennen. Op langere termijn dienen deze centra gestructureerd te worden binnen het nieuwe Vlaamse beleid inzake GGZ (*cf. infra*).

#### 2.2.4 Verbinding met werk

De OESO (Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling) publiceerde in 2013 het rapport 'Work and mental health: Belgium'. De organisatie benadrukte hierin dat België de geestelijke gezondheidsproblemen en de link met werk meer proactief dient aan te pakken. De OESO adviseert om een aantal initiatieven te nemen en o.a. meer arbeidsgerichte GGZ te ontwikkelen. Die aanbeveling ondersteunt de ervaringen van het werkveld en bevestigt de maatschappelijke relevantie van de psychosociale revalidatiecentra. Deze centra zetten zich onder meer actief in op de link tussen GGZ en werk, in samenwerking met andere betrokken actoren. Werk speelt immers een belangrijke rol bij de re-integratie in de maatschappij en de sociale omgeving. We wensen te benadrukken dat de ambulante psychosociale revalidatiecentra voor volwassenen therapeutische centra zijn, gericht op de ontwikkeling en het herstel van mensen met ernstige psychische problemen en hierbij gebruik makend van de dagdagelijkse realiteit in de samenleving. Werk is dus geen doel op zich, maar een erg belangrijk middel om integratie en welbevinden van mensen met psychische problemen in de samenleving te bevorderen.

De revalidatiecentra voor volwassenen hebben ook een sterke opdracht bij de operationalisering van het decretaal verankerde 'Van arbeidszorg naar een geïntegreerd beleidskader: W<sup>2</sup>'. De drie ministers bevoegd voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, voor Werk en voor Sociale Economie willen daarmee de samenwerking tussen de beleidsdomeinen ondersteunen. Met het nieuwe beleidskader wil men personen die niet, niet meer of nog niet in staat zijn om betaald werk te verrichten ondersteuning op maat bieden. De doelstelling is een optimale participatie in de maatschappij, indien mogelijk op de arbeidsmarkt. Het participatieniveau wordt bepaald op basis van een participatieladder. Afhankelijk van de trede van de ladder waarop een persoon zich bevindt, heeft men nood aan begeleiding met focus op het aspect werk, welzijn of zorg, of een combinatie van deze vormen. De verschillende actoren binnen de domeinen werk, welzijn en zorg worden hierdoor gevat, alsook de GGZ revalidatiecentra voor volwassenen. De GGZ-conventies en de arbeidscoaches GGZ zijn de expertisecentra inzake de verbinding tussen GGZ, werk en (sociale) economie. Zij nemen de rol op van casemanager zorg in de uitvoering van het decreet werk- en zorgtrajecten. *(Dit komt in het volgende hoofdstuk verder aan bod.)*

Het is noodzakelijk dat de betrokken beleidsdomeinen op basis van hun bevoegdheden blijven investeren in de doelstellingen die met het concept worden beoogd. Hierbij moet ook bijzondere aandacht worden besteed aan de noodzakelijke samenwerking tussen de betrokken actoren op het veld.

Binnen de opmaak van een globale visie heerst er op heden onduidelijkheid over welke ondersteunende maatregelen de Vlaamse overheid zal nemen om bij te dragen aan het herstel van personen met psychische problemen, en dan meer bepaald inzake de invulling van functie 3 van de gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en netwerken. Er zijn een aantal ontwikkelingen op het terrein die een doorstart noodzakelijk maken in de verdere uitwerking van het Vlaamse decreet werk- en zorgtrajecten.

- Alle bestaande GGZ-netwerken voor volwassenen beschikken over een arbeidscoach GGZ.
- De VDAB-tender TAZ (Tender ActiveringsZorg) loopt al meerdere jaren vanuit de VDAB en ondersteunt de toeleiding van mensen met een mentale, medische, psychische en psychiatrische problematiek naar werk. Deze eindigt evenwel definitief eind 2016.
- Het akkoord tussen het RIZIV en de VDAB, waarbij de dienst uitkeringen van het RIZIV een tegemoetkoming aan de VDAB betaalt voor screening- en begeleidingstrajecten om personen op langdurige invaliditeit naar werk te begeleiden, is operationeel. Een reële groep van deze personen kampen met psychische of psychiatrische problemen.

### 2.2.5 Arbeidscoach GGZ

De ambulante psychosociale revalidatiecentra voor volwassenen beschikken elk over 1 VTE arbeidscoach GGZ. Die ondersteunt vanuit een therapeutische benadering personen met een psychiatrische problematiek die werk zoeken of die na een periode van arbeidsongeschiktheid hun werk willen hervatten (= trajectbegeleiding), alsook die in een beginperiode opnieuw beroepsactief zijn (= loopbaanbegeleiding). De arbeidscoach fungeert tevens als aanspreekpunt na afloop van een eerdere begeleiding. Ook de werkgever wordt eventueel betrokken.

De functie is complementair aan het aanbod van de actoren in het domein 'werk en sociale economie' (bv. arbeidsbemiddeling, trajectbegeleiding bij een arbeidshandicap, beschutte werkplaats). De arbeidscoach GGZ focust zich met andere woorden niet louter op het arbeidsbegeleidingscircuit, maar vertrekt vanuit de zorgnoden van de psychiatrische cliënt en werkt daarbij samen met actoren uit de domeinen werk en sociale economie. Arbeidscoaches GGZ zijn dus brugfiguren tussen de zorg en therapie en de werkplek. De arbeidscoaches GGZ werken in bepaalde gevallen samen met de arbeidscoaches uit het beleidsdomein 'werk en sociale economie' (elk vanuit hun eigen en complementaire insteek). De arbeidscoach GGZ heeft vooral een begeleidende (verschillend van therapeutische) opdracht op het vlak van werk, waarbij er nauw wordt samengewerkt met partners in de sector 'arbeid' (GTB, maatwerk etc.). De coach kan in de uitwerking van het decreet W<sup>2</sup> de functie van casemanager zorg op trede 4 opnemen.

Om de arbeidscoaches GGZ toe te laten hun rol als brugfiguren tussen de zorg en therapie en de werkplek optimaal op te nemen, moeten een aantal problemen worden aangepakt:

- De Vlaamse ministers voor werk, sociale economie en volksgezondheid dienen dringend werk te maken van de uitvoering van het decreet werk- en zorgtrajecten.
- Door het beëindigen van de VDAB-tender TAZ is er dringend nood aan een alternatief.
- Er zijn te weinig arbeidscoaches GGZ. Per project werd 1 VTE arbeidscoach GGZ toegevoegd aan de bestaande of nieuwe revalidatiecentra van het netwerk. Dat gebeurde ongeacht de noden en omvang van de regio. Aangezien er vanuit de netwerken een groot tekort aan deze functie wordt geformuleerd, is er bijgevolg geen nood aan een herverdeling maar wel aan een uitbreiding op basis van de nog uit te bouwen programmatie. In de schaalgrootte van de regio's zoals nu door de federale overheid is geïnstrueerd, is de toevoegen van 1 VTE een druppel op een hete plaat. Het is een start, maar onvoldoende om de recente aanbeveling van de OESO inzake GGZ in België waar te maken.
- Er zijn arbeidsrechtelijke problemen voor de cliënten die stage lopen in bedrijven, vooral naar het behoud van het statuut in het kader van de ziekteverzekering. Dat hypothekeert in sommige gevallen de werking van de arbeidscoach en het voortgangstraject. De materie is technisch en complex en moet volgens Zorgnet-Icuro in overleg met het RIZIV gebeuren.
- De benaming arbeidscoach kan in de nieuwe beleidscontext (nu de overdracht naar Vlaanderen wordt gerealiseerd) leiden tot misverstanden en verwarring. Gezien de toeleiding naar werk een regionale bevoegdheid is, kan de benaming 'arbeidscoach' worden begrepen als behorend tot het beleidsdomein 'werk en sociale economie'. Bij de opstart van de functie 'arbeidscoach' was het opzet om deze te laten werken in de GGZ (dus in het beleidsdomein 'zorg'). Om dit euvel proactief te vermijden stelt Zorgnet-Icuro voor om deze functie vanaf heden te omschrijven als 'arbeidscoach GGZ': de toevoeging 'GGZ' kan zeker meer verduidelijking brengen.

De arbeidscoach GGZ maakt om organisatorische redenen deel uit van het personeelskader van het psychosociale revalidatiecentrum, maar behoort niet tot het revalidatieprogramma van de centra. Hij zit ingebed in het volledige netwerk, waarbij de cliënten een gelijke toegang krijgen tot de begeleiding door de arbeidscoach GGZ, ongeacht of zij al dan niet het revalidatieprogramma gevolgd hebben.

Het revalidatiecentrum dient de adviserend-arts van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende in te lichten over de traject- en/of loopbaanbegeleiding die de persoon bij de arbeidscoach GGZ volgt. Dat dient te gebeuren voor elke rechthebbende, ongeacht het statuut waarin deze zich bevindt. Ondanks het feit dat de revalidatiecentra de kennisgeving ondersteunen, lijkt het ongepast om bij iemand die geen ziektestatuut heeft, en bijgevolg niet opgevolgd wordt door een adviserend-arts, eenzelfde kennisgeving toe te passen. Niet alle personen met een psychische en/of psychiatrische problematiek hebben immers een ziektestatuut.

### **2.3 Psychosociale revalidatiecentra voor minderjarigen (774)**

Bij de psychosociale revalidatiecentra voor minderjarigen verdienen de uitdagingen met betrekking tot het aanbod de focus.

#### **2.3.1 Verankering in de GGZ zorgprogramma's**

De centra voor psychosociale revalidatie van minderjarigen zijn opgenomen in het nieuw geestelijk gezondheidsbeleid onder de 'gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg'. Het multidisciplinair zorgaanbod dat er geboden wordt kan zowel ambulante als (semi)residentieel zijn en richt zich tot kinderen, jongeren en jongvolwassenen met (een verhoogde kans op het ontwikkelen van) geestelijke gezondheidsproblemen en de diverse contexten waarin ze leven en opgroeien. Het aanbod varieert naargelang de leeftijdsgroep waarop men zich richt.

De centra richten zich expliciet op een subpopulatie waar meervoudige GGZ-problemen aanwezig zijn en/of waar de GGZ-problematiek van die aard is dat (noodzakelijk voorafgaand) gespecialiseerd GGZ-aanbod geen oplossing kon bieden. Het gaat om kinderen, jongeren en jongvolwassenen (tot 25 jaar) waar een bijzonder en structurerend GGZ-traject op individuele maat noodzakelijk is. Deze jonge cliënten hebben in de netwerkzorg die voor hen nodig is nood aan deze bijzondere zorgmodules. Zo richt een centrum zich specifiek naar personen met een problematiek op minstens drie domeinen: autismespectrumstoornis en een matige of ernstige verstandelijke beperking, en ernstige gedragsproblemen.

Het is de bedoeling dat deze kinderen, jongeren en hun contexten via toegespitste inschatting en het uittekenen van een individueel behandelplan alsnog tijdig de mogelijkheid krijgen op maximale ontplooiing, ontwikkeling van communicatie, zelfredzaamheid en sociale competenties om zo het functioneren te verbeteren. Dat gebeurt in samenwerking met de ouders en met de verschillende contexten waarin ze opgroeien. Het einddoel is een (re-)integratie in de samenleving, de leer- en de leefomgeving: het thuismilieu en/of een voorziening en/of het gewoon of buitengewoon onderwijs. Organisatorisch en inhoudelijk zijn deze werkingen als een bijzondere, noodzakelijke niche ingebed in de psychiatrische netwerken.

Voor het Nationale Plan Geestelijke Gezondheid voor minderjarigen spoort dit aanbod in de strategische doelstelling 2: 'Versterken van een globale, geïntegreerde en zorgnoodgestuurde geestelijke gezondheids- en welzijnszorg voor kinderen en jongeren vanuit een samenlevingsgericht kader'.

In de regionale Vlaamse GGZ-netwerken komen deze revalidatiewerkingen tegemoet aan een

aantal functionele opdrachten van deze netwerken, meer bepaald de functies behandeling, inclusie en inzetten van expertise. Doel van de functie 'behandeling' is in dit geval specifiek het verbeteren of behouden van het niveau van functioneren, het verminderen van de lijdensdruk en het bevorderen van herstel, waar mogelijk voor deze cliënten en hun contexten.

Deze organisaties vullen in hun aanpak ook de functie 'inclusie in alle levensdomeinen' in. Tot deze functie horen ondersteunings- of ontwikkelingsactiviteiten die tot doel hebben het kind of de jongere zo volwaardig mogelijk te laten participeren in de samenleving. Maatschappelijke inclusie bevordert de persoonlijke ontwikkeling en ontplooiing. Tot slot zijn deze zeer gespecialiseerde voorzieningen goed geplaatst (en bevraagd) voor de functie 'uitwisselen en samen inzetten van expertise'. Zij hebben bij uitstek specifieke competenties en verantwoordelijkheden. Op casusniveau kunnen de competenties en expertise van deze instanties uitgewisseld en gebundeld worden met deze van andere actoren (binnen zorg en belendende sectoren zoals welzijn) om de continuïteit en de professionaliteit te optimaliseren.

### **2.3.2 Uitdagingen met betrekking tot het aanbod**

De psychosociale revalidatiecentra voor minderjarigen beschikken over een zeer gespecialiseerd zorgaanbod voor minderjarigen met een ernstige vorm van autisme en aanverwante complexe problematiek(en). De centra hebben dan ook een specifieke setting uitgebouwd en hanteren een integratieve en intensieve benadering van hun aanbod, met bijzondere aandacht voor de verschillende ontwikkelingsdomeinen. Vanuit deze opdracht en inhoudelijke invulling merken we een aantal leemtes in hun zorgaanbod alsook een aantal andere uitdagingen voor de toekomst:

- Er is onvoldoende (semi)residentiële en/of ambulante zorg die aansluit op de noden van minderjarigen met ernstige vormen van probleemgedrag, gemengde ontwikkelingsstoornissen, autismespectrumstoornissen (ASS), en/of hechtingsstoornissen.
- Er is nood aan een regelgevend kader dat meer mogelijkheden biedt om de zorg flexibeler in te vullen zodat het aanbod specifiek aangepast kan worden aan de complexe problematiek van de kinderen, jongeren, jongvolwassenen en hun context. Dat moet in het licht gezien worden van de eerder toegelichte programmatienorm voor ambulante en residentiële zorg op basis van de noden, de grootte en het aanwezige aanbod in de regio. Een mogelijkheid is om te voorzien in outreach vanuit de centra om zo de specifieke, uitgebouwde expertise te benutten in functie van een traject na een intensieve behandeling. De eventuele opnameduur kan daardoor ingekort worden. Bovendien ondersteunt een dergelijk vervolgtraject de partners in het netwerk, aangezien er een intensieve samenwerking met hen wordt aangegaan via onder meer een gezamenlijke opleiding, uitwisselen van expertise, protocollen en richtlijnen. Ook een uitwisseling van medewerkers is een mogelijkheid. Het vervolgtraject zit dan ook ingebed in de bestaande netwerken. Een ander voorbeeld is de actualisering van de historisch bepaalde therapeutische omkadering of de flexibeler inzet van medewerkers.
- Specifiek voor De Dauw is er nood aan een uitbreiding tot de leeftijd van 23 jaar in functie van de speciale aandacht voor de scharnierleeftijd. Daarnaast is het gezien de complexiteit van de doelgroep van deze voorziening onverantwoord om 's nachts als medewerker alleen in te staan voor het toezicht. Een dubbele bezetting (+ 1,5 VTE bachelor) is dan ook nodig. Tot slot vraagt De Dauw een flexibeler aanbod van modules om outreach, nazorg, netwerkoverleg en toeleidingstrajecten naar school/voorziening/thuis te kunnen realiseren en begeleiden (eventueel via de omzetting van twee bedden).

## 2.4 Moeder-baby-eenheden

Het is noodzakelijk om een aantal specifieke aandachtspunten met betrekking tot de moeder-baby-eenheden te beschrijven.

### 2.4.1 Verankering in de GGZ zorgprogramma's

Het behandelingsconcept van de moeder-baby-eenheid is de integratie van enerzijds psychiatrische expertise van volwassenen én *infant mental health* in één team en anderzijds de integratie van ondersteuning in de dagelijkse zorg (hand in hand begeleiding en ondersteuning) en multidisciplinaire therapeutische behandeling. De werking van de moeder-baby-eenheden is zowel multi- als transdisciplinair. Ieder teamlid focust vanuit zijn specifieke deskundigheid zowel op de moeder als de baby, en de relatie tussen beiden. De efficiëntie van het behandelingsproces wordt bevorderd door in te zetten op zowel het verminderen van de lijdenslast van de moeder als op het verbeteren van de regulatie van de baby en op het ondersteunen van de afstemming tussen de moeder en haar baby. De behandeling gebeurt vanuit een psychiatrisch en psychotherapeutisch perspectief, met aandacht voor de leefcontext van moeder en baby. Ook het lotgenotencontact en de inzet van ervaringsdeskundigen in het behandelingsproces ervaren de moeders als sterk ondersteunend in hun herstelproces.

Alle medewerkers – van kinderverzorgster tot psychiater – zijn professioneel geschoold in de peri- en postpartale problematiek en *infant mental health*, en hebben tevens vanuit hun ervaring een specifieke expertise opgebouwd. Perinatale zorg kent een specifieke expertise. Het team heeft kennis van de verschillende mogelijke ingangspoorten en de therapeutische mogelijkheden om de zorg zo efficiënt mogelijk in te zetten.

De moeder-baby-eenheden positioneren zich in functie 1, 2 en 4 van het zorgprogramma GGZ voor volwassenen. Meer bepaald nemen zij de volgende opdrachten op:

- De eenheden bieden een intensieve residentiële behandeling aan moeders die psychische problemen ontwikkelen in de periode rondom of na de bevalling, waarbij de behandeling in de thuisomgeving tijdelijk niet aangewezen is. De moeder wordt daarbij op medisch, psychisch en sociaal vlak ondersteund, met aandacht voor een optimalisering van de band met de baby.
- De eenheden beschikken over mogelijkheden tot behandeling in de thuissituatie. Dat kan opgenomen worden wordt opgenomen als 'voorzorg', ter preventie van een opname, of als 'nazorg' in opvolging na een behandeling. De term 'chronische' zorg is echter niet van toepassing, aangezien de focus op kortdurende en intensieve behandeling ligt.

De moeder-baby-eenheden nemen ook een opdracht in inzake de preventie van ontwikkelings- en hechtingsstoornissen bij de baby. Ook al ligt de focus op de ondersteuning van de moeder, ook de problematiek met/van de baby krijgt bijzondere aandacht. De moeders kunnen samen met de baby's in de afdeling terecht, waar er ook een opdracht opgenomen wordt in het optimaliseren van de band tussen de moeder en de baby. Verder worden de partner en de andere kinderen in het gezin betrokken.

Tot slot dient benadrukt te worden dat de mogelijkheid om zowel ambulante behandeling als behandeling aan huis, dagbehandeling en residentiële opvang aan te bieden, voor een maximale afstemming van de zorg op het gezin zorgt: ondersteuning waar nodig, maar ook niet meer dan nodig. De eenheid is een zorgpartner in samenwerking met én ondersteunend naar andere zorgpartners die betrokken zijn in peri- en postnatale zorg. Een samenwerking met partners in functie van de doorstroom na een kortdurende intensieve behandeling is dan ook inherent aan de behandeling. Al van in het begin van de behandeling wordt contact gezocht (thuiszorg, centra voor geestelijke gezondheidszorg, centra voor kind- en gezinszorg, Kind & Gezin, mobiele teams functie 2, de huisarts...). Wachtlijsten in deze voorzieningen

en diensten zorgen er echter voor dat de vervolgzorg niet steeds aangepast is aan de noden van de cliënt. De ambulante module van de eenheden is onvoldoende uitgebouwd om op lange termijn als brug te kunnen dienen. Een mogelijke uitbouw en ondersteuning van de samenwerking met o.a. de centra voor geestelijke gezondheidszorg dient te worden verkend.

#### **2.4.2 Spreiding van bevoegdheden**

De overdracht van de conventies betreffende de moeder-baby-eenheden heeft gezorgd voor een onlogische spreiding van bevoegdheden binnen eenzelfde aanbod. De moeder-baby-eenheden zijn gebaseerd op bestaande A-bedden in psychiatrische ziekenhuizen, gefinancierd via het budget financiële middelen van het ziekenhuis. Deze bedden kregen een upgrade via de conventies, die een Vlaamse bevoegdheid zijn geworden.

De moeder-baby-eenheden zijn al 20 jaar op zoek naar een duurzame financieringsbron voor de upgrade van de A-bedden en het ambulante en/of mobiele aanbod. Gedurende deze tijd konden zij afwisselend rekenen op tijdelijke middelen vanuit het Vlaamse (Kind en Gezin) en het federale (RIZIV) niveau. Ondanks het feit dat de moeder-baby-eenheden beantwoorden aan een duidelijke maatschappelijke nood, ondanks het feit dat de typerende behandeling vraagt om een geïntegreerd zorgconcept voor de moeder (volwassenenzorg) en de baby (kinder- en jeugdzorg) en ondanks het feit dat beide afdelingen al gedurende lange tijd operationeel zijn, is nog steeds geen definitieve oplossing gevonden. Graag pleit Zorgnet-Icuro dan ook voor een structurele inbedding van deze conventies binnen de residentiële en ambulante GGZ. Hierbij vragen wij de invulling van twee huidige componenten op verschillende bevoegdheidsniveaus:

- federale component: de ziekenhuisactiviteit, de ziekenhuisopdracht die opgenomen wordt via de A-bedden.
- Vlaamse component: alles wat complementair geboden wordt, het geheel van de ambulante behandeling en thuisbegeleiding in samenwerking met andere actoren. Dit sluit aan bij de Vlaamse bevoegdheden.

Uiteraard worden deze opdrachten zoals eerder aangegeven opgenomen binnen de netwerken GGZ.

Verder noodzaakt deze dubbele component ons ertoe na te denken over de manier waarop Vlaanderen deze financiering best vormgeeft. De concepten van de Vlaamse sociale bescherming zijn moeilijk te combineren met de financiering van het bed binnen het Budget Financiële Middelen. Een enveloppefinanciering biedt mogelijkheden voor de Vlaamse financiering.

De gespreide bevoegdheid brengt ook een probleem met zich mee inzake de verrekening en financiering van de medische functie. Dit zorgt immers voor ingewikkelde administratieve constructies en zou beter uit het forfait worden gehaald. De basis van de moeder-baby-eenheden bestaat uit een erkende residentiële capaciteit van A-bedden. We stellen dan ook voor om de vergoeding van de artsfunctie uit het revalidatiebudget te halen en terug op te nemen in de nomenclatuur. De medische functie in de residentiële module en de module dagbehandeling wordt bijgevolg gefinancierd via de wettelijk voorziene toezichtshonoraria. De medische functie in de ambulante behandeling en de behandeling in halve dagen dagbehandeling kan gefactureerd worden via de nomenclatuur. Dat zou bovendien de transparantie over de activiteiten verhogen.

#### **2.4.3 Samenwerking MBE en andere zorgpartners betrokken in de perinatale periode**

Het aanbod van een MBE focust zich hoofdzakelijk op de periode postpartaal, maar heeft ook zijn belang perinataal. De huidige conventie laat ook toe om vrouwen in de laatste maand van de zwangerschap op te nemen op een MBE als een behandeling op een reguliere psychiatri-

sche afdeling niet is aangewezen. De psychiaters verbonden aan de moeder-baby-eenheden worden frequent geconsulteerd door zwangere vrouwen om hun expertise inzake *Womens Mental Health* en psychofarmacabeleid tijdens de zwangerschap. Deze consulten gebeuren poliklinisch, al dan niet op doorverwijzing van een huisarts, gynaecoloog of psychiater, en vallen buiten de conventieregeling. Het is echter een logische en noodzakelijke opdracht gezien de specificiteit van de problematiek en de fase waarbinnen die zich situeert.

Op basis van de bepalingen in de conventie ontwikkelen de MBE zich tot expertisecentra inzake postpartumproblematiek en positioneren ze zich binnen bestaande en nieuw te vormen zorgnetwerken en zorgpaden. Het onderscheid pre- en postpartaal wordt daarbij als erg kunstmatig en niet werkbaar ervaren. Zich positioneren binnen een perinataal zorgcontinuüm is volgens de MBE's dan ook een logisch en noodzakelijk streven. De MBE's maken op vandaag al deel uit van diverse initiatieven die erop gericht zijn om partners in de perinatale zorg samen te brengen en af te stemmen op elkaar. Hun expertise inzake GGZ is daarbij essentieel.

#### **2.4.4 Knelpunten en noden binnen de huidige conventie**

##### **Enkele financiële knelpunten**

- Cliënten binnen de thuisbehandelingsmodule dienen geen persoonlijk aandeel te betalen voor de consultaties bij de psychiater gedurende het behandeltraject.
- De MBE kunnen geen beroep doen op extra middelen voor revalidatie vanuit de sociale akkoorden, in tegenstelling tot andere psychosociale revalidatiecentra, gezien deze verbonden zijn aan het psychiatrisch ziekenhuis.

##### **Nachtpermanentie**

De moeder-baby-eenheden hebben een reële nood aan en een concrete vraag naar ondersteuning door kinderverzorging tijdens de nacht.

- MBE Sint-Camillus: Gezien deze moeder-baby-eenheid grenst aan de afdeling angst- en stemmingsstoornissen van het ziekenhuis werd voorzien dat de nachtverpleegkundige van deze dienst ook de nachtdienst op de moeder-baby-eenheid zou verzekeren. De werkload op de MBE in combinatie met een andere afdeling zorgt echter voor problemen in de beschikbaarheid voor cliënten op de afdeling angst- en stemmingsstoornissen. Een aparte nachtdienst bestaande uit kinderverzorgsters is een noodzaak om de kwaliteit van zorg voor beide afdelingen 's nachts te kunnen blijven garanderen. Daarrvoor is een uitbreiding van 2,25 VTE kinderverzorgster nodig op jaarbasis.
- MBE Bethaniënhuis: Er is een tekort van 0,5 VTE kinderverzorgster om de nachtpermanentie rond te krijgen. Momenteel wordt die ingezet, maar ten koste van de aanwezigheid overdag.

##### **Psychologische functie binnen het multidisciplinaire team**

De MBE Sint-Camillus beschikt slechts over 0,5 VTE kinderpsycholoog binnen het revalidatiekader, en 0,5 VTE psycholoog via de A-norm van de ziekenhuisfinanciering. Om de kwaliteit van behandeling en de multidisciplinariteit binnen de modulaire werking te kunnen blijven garanderen, is minstens een uitbreiding met 0,5 VTE noodzakelijk. De veelheid van behandelvragen, de complexiteit van de casussen, de diadegerichte en contextuele focus, en het voortdurend presteren boven de bezettingscapaciteit om wachtlijsten in te tomen, verantwoorden deze dringende vraag.

##### **Ambulante en mobiele mogelijkheden**

De meerwaarde van de MBE's is de multi- en transdisciplinaire aanpak. Deze eenheden stoten op een aantal knelpunten om een aanbod te leveren dat zowel laagdrempelig (aan huis, ambulante) als hoog intensief is (residentieel). Op dit moment wordt geen noodzaak gevoeld



om te investeren in bijkomende bedden. Gezien de specifieke doelgroep en expertise, en gezien de supraregionale werking die het lokale netwerk overstijgt, mikt men eerder op een uitbreiding van de ambulante mogelijkheden om tegemoet te komen aan de lokale noden.

- MBE Sint-Camillus: Het centrum pleit voor een antenne in de provincie West-Vlaanderen vanuit de eenheid in Sint-Denijs-Westrem, in functie van de thuisbehandelingsmodule. Het werken met een antenne in West-Vlaanderen laat toe dat het centrum efficiënter kan werken en de druk op de wachtlijst afneemt. Het inzetten van bijkomende middelen voor de uitbouw van een antenne zal met zich meebrengen dat de verplaatsingstijd en de reiskosten verminderen. Het laat bovendien ook toe om meer binnen bestaande hulpverleningsnetwerken expertise aan te bieden. Bovendien zal dit leiden tot een verdubbeling van het aantal cliënten dat de eenheid kan bedienen. Hiervoor zijn 2 VTE nodig (1 VTE psychiatisch verpleegkundige aan barema 1.55/1.61/1.77 en 1 VTE psycholoog aan barema 1.80). Beide functies kunnen toegevoegd worden aan een bestaand psychiatisch ziekenhuis, een mobiel team of een centrum voor geestelijke gezondheidszorg. Indien een opname noodzakelijk geacht wordt, kan dit vanuit de eenheid snel gerealiseerd worden. De aanwezigheid van een psycholoog in de antenne zorgt voor een verminderde druk op de psychologische functie binnen de residentiële opnames van de moeder-baby-eenheid.
- MBE Bethaniënhuis: Sinds 1 januari 2015 beschikt dit MBE over de mogelijkheid om ambulante ondersteuning aan huis te bieden. Deze module heeft de MBE echter nog niet kunnen realiseren door de gemiddelde capaciteit van 114% van de residentiële module en de module dagbehandeling in 2015. Er is dan ook nood aan een uitbreiding van de capaciteit van en bijkomende middelen voor ambulante begeleiding aan huis door de MBE in Zoersel. Voor een uitbreiding van een capaciteit van acht begeleidingen/week met twee huisbezoeken/week vraagt het MBE volgende uitbreiding van personeel:
  - » Psychiater: consultaties bij psychiater en financiering via nomenclatuur. → 4 uur of 0.10 FTE voor behandelingsaanvragen, administratie, telefoons en overleg met verwijzers, teamoverleg, familiegesprekken...
  - » Psychiatisch verpleegkundige: coördinatie van behandelplan. Ondersteuning van de moeder in dagelijkse zorg: draaglast en -kracht in evenwicht brengen, psycho-educatie psychiatische problematiek in het postpartum, netwerk helpen opbouwen... → 0.75 FTE (acht moeders 2 uur/week + verplaatsing + administratie + teamoverleg).
  - » Psycholoog: ondersteuning van de gehechtheidsrelatie tussen moeder en baby (psycholoog zal dit o.m. doen door Video Interactiebegeleiding, technieken van *floortime* en infant-ouderpsychotherapie). Gesprekken met beide ouders. Opvolging en assessment ontwikkeling baby → 0.75 FTE (acht moeders 2 uur/week + verplaatsing+ administratie + teamoverleg + overleg met externe zorgpartners)

In een latere fase denkt deze MBE aan de ontwikkeling van een antennepost in de regio Limburg, naar analogie met het concept van de MBE in Sint-Denijs-Westrem.

## 2.5 Centra voor verslavingszorg<sup>20</sup>

### 2.5.1 Verankering in de GGZ zorgprogramma's

Vanuit de actuele maatschappelijke evoluties, zowel in de drugproblematiek als in de organisatie van gezondheidszorg, is het belangrijk dat de verslavingszorg zich positioneert binnen de ruimere GGZ, met behoud van het specifieke karakter van de gespecialiseerde zorg voor middelenmisbruik. In het verleden hebben de centra voor verslavingszorg steeds

20 Uit: "Memorandum 2014, De Vlaamse revalidatiecentra voor drugverslaafden, december 2013."

een actieve band opgebouwd met de GGZ en belendende sectoren (centra voor algemeen welzijnswerk, OCMW...). Dat heeft geleid tot samenwerkingsconstructies met een gedeelde financiële en bestuurlijke verantwoordelijkheid. Naar aanleiding van de actuele ontwikkelingen in de organisatie van de GGZ in België, trekken de verslavingszorgcentra de lijn verder en zijn deze actief lid van de diverse netwerken GGZ bij volwassenen en minderjarigen in hun werkingsgebieden. Zij nemen een actieve rol op bij de ondersteuning van de ontwikkeling van nieuwe werkvormen, en nemen voor wat volwassenen betreft vooral opdrachten op binnen de functies 2, 3 en 5 (bv. de residentiële en intensieve werking, outreachende crisiswerking, actieve samenwerking met mobiele teams). Ook binnen functie 1 (probleemdiagnostiek, liaisonfunctie, vroegdetectie en interventie) en 5 (woonproject) worden een aantal opdrachten opgenomen. De verslavingszorgcentra gaan daarbij de specifieke missie en opdrachten van de verslavingszorg aanpassen of nieuwe invullingen geven.

### **2.5.2 Financiering: meer dan enkel RIZIV**

De huidige werking van de voorzieningen die overkomen naar Vlaanderen wordt slechts voor 67% gefinancierd door het RIZIV. De overige 33% is afkomstig van andere bronnen: Sociale Maribel, Gesco, derde arbeidscircuit (DAC), Alternatieve Gerechtelijke Maatregelen (AGM – Justitie), Veiligheids- en preventiecontracten (Binnenlandse Zaken), steden en gemeenten....

Van de meeste van deze andere bronnen is het onduidelijk in welke mate ze behouden zullen blijven na de hervormingen, vooral qua omvang van de middelen. Dat legt op de korte termijn een hypotheek op de mogelijkheid tot continuering van de bestaande dienstverlening. Vooral de financiering vanuit Justitie (AGM) en vanuit Binnenlandse Zaken (Veiligheids- en preventiecontracten en cofinanciering Medisch Sociaal Opvangcentra) zijn een acuut probleem. Heel recent werd de reglementering van de Alternatieve Gerechtelijke Maatregelen en Gesco aangepast (met ingang van 01-01-2016). De studie over de effecten van de doorgevoerde wijzigingen en de impact op de dagelijkse werking is in onderzoek.

Daarnaast worden lopende federale projecten stopgezet zonder overgangsregeling. De provinciale netwerken rond middelenmisbruik hadden tot eind 2012 een netwerkcoördinator, betaald met federale middelen vanuit volksgezondheid. Die functie van netwerkcoördinator is cruciaal om een goed werkend zorgcircuit rond middelenmisbruik te kunnen uitwerken.

### **2.5.3 Artsen en psychiaters als deel van een multidisciplinair team**

We pleiten voor het verderzetten van de bestaande regel dat de artsen verbonden aan het centrum vergoed worden via een loon en niet via prestaties (individuele consultaties). De grote sterkte van de huidige revalidatiecentra voor drugverslaafden is dat er gewerkt wordt vanuit een multidisciplinaire benadering en dat de teams ook in werkelijkheid multidisciplinair zijn samengesteld. De artsen en psychiaters die deel uitmaken van de teams leveren niet alleen een individuele prestatie (individuele consultatie met cliënt), ze zijn vooral ingebed in het team waar ze hun expertise binnenbrengen. Zij participeren voluit aan het multidisciplinair overleg, superviseren vaak teams, etc. Zij realiseren in werkelijkheid dus heel wat prestaties waar geen nomenclatuurcodes voor bestaan zoals: gezondheidsvoorlichting aan de patiënten, de coaching van personeelsleden en multidisciplinair overleg. Het feit dat de artsen een vast loon hebben geeft duidelijk aan dat zij een deel van het multidisciplinair team zijn.

### **2.5.4 Kinderen van druggebruikers**

Naar schatting hebben 30% van de personen in behandeling één of meerdere kinderen. Dat percentage ligt hoger in de laagdrempelige ambulante centra, de medisch sociale opvangcentra, waar het 50% benadert. Kinderen hebben betekent niet meteen dat men ook (nog steeds) de zorg draagt voor die kinderen. Dat hebben we niet cijfermatig kunnen vastleggen. Bij vrouwen ligt het percentage dat kinderen heeft 10% hoger dan bij mannen. Vermoedelijk

nemen deze vrouwen meer dan mannen de zorg voor de kinderen waar. Dat stelt specifieke problemen wanneer ze in behandeling willen gaan.

Zorgnet-Icuro benadrukt dit aspect van het ouderschap, omdat het ook meer en meer aanbod komt in de behandeling en nog meer aandacht mag hebben van de overheid en de publieke opinie.

### **2.5.5 Groeipad**

De revalidatiesector voor drugverslaafden heeft zich de voorbije dertig jaar ontwikkeld, maar bevindt zich duidelijk nog in een groeifase. Bijna alle centra hebben op dit moment een uitbreidingsaanvraag ingediend bij het RIZIV. Vooral een verdere regionale spreiding van de ambulante zorg, bijkomende crisisopvang en een betere regeling van de residentiële nazorg is noodzakelijk. Het zal belangrijk zijn om na de overheveling van de bevoegdheden ook aandacht te hebben voor de verdere uitbouw en organisatie van de verslaafdenzorg.

Een overzicht van enkele groeibehoefden:

- De Sleutel: financiering werkingskosten dagcentrum Gent, erkenning ambulante dagcentra Aalst en Veurne, uitbreiding residentiële minderjarigenwerking en regeling residentiële nazorg.
- Kompas: uitbreiding residentiële conventie met het oog op een betere realisatie van meer laagdrempelige crisisopvang, een uitbreiding van de ambulante conventie in functie van het verhogen van de begeleidingscapaciteit, en een uitwerking van residentiële nazorg.

### **2.5.6 Diversiteit in behandeling**

Voor de hulpverlening aan drugverslaafden is er nood aan een goed gespreid aanbod van gespecialiseerde behandelingscentra. Op vandaag moet er vooral nog werk gemaakt worden van een gelijke regionale spreiding van ambulante hulp en de ondersteuning van initiatieven voor zeer specifieke doelgroepen (bijvoorbeeld verslaafde ouders met kinderen, verslaafde cliënten met een mentale beperking, de groep ouder wordende zeer chronische drugverslaafden, minderjarigen met een problematisch middelenmisbruik, enz.).

Om een antwoord te kunnen geven op de zorgvraag is een flexibel gebruik van de budgetten nodig, waarbij kan worden ingespeeld op lokale noden en trends. De verschillende overheden moeten een kader maken waarin samenwerkingsverbanden en deelwerkingen in een rechtstreekse en gemeenschappelijke financiering (federale overheid, gemeenschappen en gewesten) kunnen worden uitgevoerd.

In de marge van de RIZIV-conventies zijn er heel wat initiatieven genomen, bijvoorbeeld op het vlak van preventie naar specifieke groepen of naar het grote publiek, initiatieven naar huisartsen, naar gevangenen, en dergelijke meer.

De sterkte van de gespecialiseerde verslavingszorg is de grote verscheidenheid in het aanbod naar dit moeilijke publiek, evenals het grote bewustzijn bij de initiatiefnemers en het personeel om met veel inzet en creativiteit nieuwe wegen te bewandelen en nieuwe taken op te nemen.

### **2.5.7 Justitie**

De revalidatiecentra voor drugverslaafden werken nauw samen met justitie.

De VBV (de koepel van Vlaamse verslavingszorg met een RIZIV-conventie) organiseert sinds 2011 in de meeste Vlaamse gevangenen een Centraal Aanmeldpunt voor drugverslaafden dat gedetineerden doorverwijst naar hulpverlening buiten de gevangenis. Dit project

wordt betaald door Justitie. Daarnaast is er een zeer beperkt aanbod aan hulpverlening in de gevangenis. In de toekomst moet worden bekeken hoe het hulpverleningsaanbod voor drugverslaafden binnen de gevangenismuren kan worden verhoogd. De tijd dat een verslaafde in de gevangenis verblijft kan veel nuttiger worden aangewend. De ministers bevoegd voor enerzijds Justitie en anderzijds Welzijn en Gezondheid moeten hier samen beslissen tot wie zijn bevoegdheid dergelijk aanbod behoort en daar dan ook gerichte en structurele acties in ondernemen.

Om te vermijden dat gebruikers in de gevangenis terechtkomen zijn er projecten rond alternatieve gerechtelijke maatregelen (AGM) voor volwassenen, en herstelgerichte en constructieve afhandeling (HCA) voor jongeren. De financiering van al deze initiatieven is ontoereikend.

Het is belangrijk dat er duidelijkheid komt over de onmiddellijke toekomst van al deze projecten. Er moet worden nagedacht over wie bevoegd is voor welk aanbod en hoe deze projecten kunnen worden omgezet in een structurele financiering.

### 3. Conclusie

In deze brochure gaven we een gedetailleerd overzicht van de krachtlijnen voor het toekomstige Vlaamse beleid. In wat volgt vatten we kort de visie en aanbevelingen van Zorgnet-Icuro samen.

In de eerste plaats ijvert Zorgnet-Icuro voor een *integratie* van de psychosociale revalidatiecentra voor volwassenen en minderjarigen, de moeder-baby-eenheden en de centra voor verslavingszorg *binnen de bestaande en toekomstige ambulante en residentiële gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg*. Het Vlaams decreet geestelijke gezondheidszorg dient dan ook te worden aangepast met een omschrijving van de specifieke opdrachten van de GGZ revalidatiecentra. Zorgnet-Icuro vraagt ook om de vertegenwoordiging en inhoudelijke thema's voor besluitvorming van het bestaande raadgevend comité Zorg en Gezondheid binnen het departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin af te stemmen op de volledige sector GGZ. Op deze manier kan de input vanuit o.a. de revalidatieconventies GGZ bij de ontwikkeling van het Vlaamse beleid, alsook het essentiële overleg en de afstemming met de praktijk ondersteund worden. Ook in het structureel overleg GGZ met minister Vandeurzen dienen thema's over de revalidatie GGZ te worden opgenomen.

De historische ontwikkeling van en de specifieke opdrachten die de conventies opnemen, maken het complementaire aanbod binnen de geestelijke gezondheidszorg duidelijk. Ondanks de duidelijke inhoudelijke verschillen kenmerken de conventies zich door een multidisciplinair en doelgericht proces dat focust op de ontwikkeling, herstelondersteuning en behandeling van cliënten met psychische en/of psychiatrische problematiek(en). Daarbij wordt bijzondere aandacht besteed aan de medische, sociale en psychologische aspecten, alsook aan de betrokkenheid van de context, en ten slotte de regie die zo veel mogelijk in de handen van de cliënt en/of de context ligt.

De conventies positioneren zich binnen de huidige hervormingen van de GGZ voor volwassenen enerzijds, en kinderen en jongeren anderzijds. Meer bepaald nemen zij - afhankelijk van het type conventie - opdrachten op binnen de functies 1, 2, 3 en 4 van de hervorming GGZ volwassenen, en binnen de functies 'behandeling, inclusie en inzetten van expertise', 'inclusie in alle levensdomeinen' en 'uitwisselen en samen inzetten van expertise' van de hervorming GGZ kinderen en jongeren. Zorgnet-Icuro vraagt om bij de verdere invulling van de hervormingen op alle functies in te zetten vanuit een globale en afgestemde visie met aandacht voor het formuleren van een gepast en voldoende aanbod om tegemoet te komen aan de noden. Een flexibele programmatienorm moet inspelen op de huidige ongelijke spreiding van het aanbod van de conventies. Deze norm dient gebaseerd te zijn op de noden en het aanwezige aanbod in de regio, en oog te hebben voor de noodzakelijke uitbreiding van de huidige financiële middelen. De nood wordt nog versterkt gezien de verdere ambities inzake de afbouw van bedden en de uitbouw van alternatieven hierop. Met een dergelijke norm kunnen we het essentiële aanbod die de GGZ revalidatieconventies bieden, verzekeren.

De regering bestempelde de conventies bij de staats hervorming als *chronische zorg*. Zorgnet-Icuro spreekt dit tegen. De revalidatie wordt voor een bepaalde duur opgelegd, in functie van de behandeling, de ontwikkeling, de re-integratie en het herstel van de cliënt. De conventies zijn een ontwikkelingsgerichte schakel in het (eventueel chronische) traject van de cliënt. Voor wat de invulling van de andere schakels betreft wordt samengewerkt met partners binnen de GGZ en de belendende sectoren. De continuïteit van de zorg en de invulling van de zorg- en andere noden van de cliënt staan voorop.

Ten derde is er nood aan een *administratieve vereenvoudiging*. De conventies bieden een duidelijk kader voor de activiteiten, de beoogde doelgroep, de prestaties, de capaciteit, de doelstellingen, en dergelijke meer. De uitgebreide, gedetailleerde en complexe reglementering die hieraan gerelateerd is zorgt echter ook voor langdurige administratieve procedures en onvoldoende flexibiliteit bij nieuwe ontwikkelingen. Zorgnet-Icuro maakt zich hierover zorgen, gezien de impact op de cliënt en de continuïteit van de zorg, alsook op de organisatie en financiering van de centra. De staatshervorming brengt de kans met zich mee om de noodzakelijke omkadering minder rigide te maken met respect voor de noodzakelijke procedures. We moeten dan ook de conventievorm verlaten en naar analogie met bovenstaande omschrijving de bevoegdheden integreren in de bestaande en toekomstige ambulante en residentiële GGZ.

Zorgnet-Icuro wenst ook te wijzen op het feit dat een aantal conventies een *tijdelijk karakter* kennen en eindigen op 31/12/2016 (nl. de eerste drie centra die in de eerste fase werden opgericht) of 31/12/2017 (nl. de vijf nieuwe centra die in een tweede fase werden opgericht, de conventies betreffende de moeder-baby-eenheden en de conventie GAUZZ). Het overgangsprotocol is voorzien tot en met 2017. Zorgnet-Icuro vraagt de Vlaamse overheid om de moeder-baby-eenheden, gezien hun jarenlange aantoonbare meerwaarde, een conventie voor onbepaalde duur toe te kennen. Daarnaast wensen we de andere bestaande tijdelijke conventies een verlenging toe te kennen gedurende de overgangperiode, om daarna een structurele inbedding te krijgen eens het Vlaamse beleid met het bijhorende financieringssysteem is uitgebouwd.

Het *financieringssysteem* is een volgend punt dat Zorgnet-Icuro onder de aandacht wil brengen. De revalidatieconventies zijn bereid om over een alternatieve financiering na te denken indien deze de beperkingen van de huidige financiering kan opvangen en geen perverse effecten met zich meebrengt. Ook moet hierbij gekeken worden in welke mate de opportuniteiten van de conventiefinanciering bestendig kunnen worden. Uiteraard dient minstens de huidige financiering behouden te worden in functie van de continuïteit van de zorg. Verder kunnen de conventies zich principieel aansluiten bij de prospectieve en programmageoriënteerde financiering van de GGZ, zoals uitgewerkt in het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. In het Vlaams regeerakkoord werd echter opgenomen om de revalidatiesector onder te brengen in de Vlaamse sociale bescherming en een persoonsvolgend financieringssysteem. Nochtans zijn de GGZ conventies geen chronische zorgvormen: ze focussen zich op behandeling, ontwikkeling en herstel. Ook lijkt de toepassing van dit systeem op de conventies die inherent verbonden zijn aan een ziekenhuis niet mogelijk. De toepassing van de Vlaamse sociale bescherming en de persoonsvolgende financiering op de GGZ conventies brengen bijgevolg een aantal nadelen en bijgevolg randvoorwaarden met zich mee, die we in de brochure beschreven hebben.

Daarnaast vormt de financiering van investeringen een thema voor verder overleg. Het is logisch om het klassieke financieringssysteem van VIPA toe te passen op de revalidatieconventies, naar analogie met de andere GGZ sectoren in Vlaanderen. Uiteraard dienen we dat te plaatsen in het licht van een nieuw financieringssysteem voor de conventies aangezien de huidige berekening van het forfait momenteel niet toelaat om de eigen inbreng op te bouwen die het VIPA-systeem vereist. Ondanks de budgettaire beperkingen vragen we aandacht voor de nood aan investeringen in de revalidatiecentra. Het RIZIV besliste immers om in de periode voorafgaand aan de defederalisering van de RIZIV-conventies dat alleen die dossiers met hoogdringendheid nog ingediend konden worden. De centra worden dus al jarenlang al beperkt in de mogelijkheden om te investeren in bouw dossiers.

In deze brochure hadden we niet alleen aandacht voor de gemeenschappelijke krachtlijnen voor de toekomst van de verschillende conventies. We stonden ook stil bij de *specifieke kenmerken en de noodzakelijke ontwikkelingen per type conventie*.

- Psychosociale revalidatiecentra voor volwassenen: o.a. de verbinding met werk en de aandacht voor de nieuwe centra.
- Psychosociale revalidatiecentra voor minderjarigen: o.a. de uitdagingen m.b.t. het aanbod.
- Moeder-baby-eenheden: o.a. de leemtes in het aanbod en de nood aan integratie van bevoegdheden.
- Revalidatieconventies voor verslavingszorg: o.a. de verschillende financieringsbronnen, het groeipad en de verbinding met justitie.

Zorgnet-Icuro hoopt dat de toepassing van het huidige protocolakkoord de noodzakelijke flexibiliteit en ondersteuning van het aanbod niet zal afremmen. We roepen de Vlaamse overheid op oog te hebben voor verschillende knelpunten die op korte termijn dienen aangepakt te worden (bv. op het vlak van de infrastructuur, de versterking van de connectie tussen GGZ en arbeid, en de uitbreiding van de moeder-baby-eenheden).

Aan de hand van deze brochure gaven we een overzicht van de verschillende GGZ conventies en hun toekomstvisie naar aanleiding van de bevoegdheidsoverdracht. Daarnaast is nog verder overleg nodig over de verschillende ontwikkelingen (bv. de sociaalrechtelijke gevolgen van de staatshervorming, het model voor de financiering van investeringen en de specifieke invulling van het toekomstige organisatiemodel) waarbij we de standpunten van Zorgnet-Icuro en andere informatie in toekomstige addenda op deze brochure voorzien.

Deze tekst is geen statisch gegeven, maar biedt informatie om met de bevoegde overheid en betrokken partners het gesprek aan te gaan inzake de samenwerking in het netwerk, de inhoudelijke beleidsvragen en operationele beleidskeuzes.

A photograph showing two men in white lab coats working in a laboratory or kitchen setting. One man is seen from the back, and the other is wearing glasses and looking down at something on a counter. The background features large windows and a modern interior design.

## DEEL 3: PORTFOLIO VAN DE GGZ REVALIDATIECONVENTIES

In dit laatste deel stellen de conventies zich individueel voor. Meer bepaald wordt ingegaan op de missie en visie, de doelgroep, het aanbod en de samenwerkingsovereenkomsten. Voor gegevens betreffende de in- en uitstroom, de medewerkers, het budget, e.a. verwijzen we u naar de voorgaande hoofdstukken.







## Centrum voor psychische revalidatie Inghelburch

Sint-Jansstraat 11  
8000 Brugge  
Tel. 050 44 61 80  
info@ib.gzgj.be  
www.inghelburch.be

## Visie en missie/voorstelling

De missie van Inghelburch is het ontwikkelen van een steviger identiteit in de samenleving. Deze missie sluit dicht aan bij de visie van J.P. Wilken over fasen in herstel en de methodiek Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH-methodiek) (uit: Wilken, J.P. 2012. "Het verloop van herstelprocessen", *Tijdschrift voor Rehabilitatie en Herstel van mensen met psychische beperkingen* 3: 18-31).

### - ontwikkelen:

Het betreft mensen met ernstige psychische problemen die nog voldoende ontwikkelingspotentieel hebben om een, voor alle betrokkenen, zinvolle rol in de samenleving op te nemen. Inghelburch verschilt hierin fundamenteel van dagactiviteitencentra. Het maximaal aanboren van ontwikkelingspotentieel betekent dat er therapeutisch en multidisciplinair wordt gewerkt, niet gericht op pathologie en disfuncties. Tevens houdt 'ontwikkelen' in dat er intensief en tijdelijk wordt gewerkt, waarbij de maatschappelijke verwachtingen het referentiekader zijn.

### - een steviger identiteit:

Een steviger identiteit is waar iedereen dagelijks aan werkt. Het is een samenspel van de interactie van hoe een persoon naar zichzelf kijkt en hoe hij interpreteert hoe de omgeving naar hem kijkt. Naarmate deze lussen positiever verlopen, is een mens in staat om een steviger identiteit te ontwikkelen. Inghelburch biedt gedurende een periode een confronterend en intensief bad van ervaringen aan. Met het therapeutisch team krijgt de revalidant de mogelijkheid om positieve lussen (en dus een steviger identiteit) te ontwikkelen. We verschillen hier fundamenteel van vormingstrajecten naar arbeid. Werken aan arbeid in de revalidatie is een middel om psychisch gezond te functioneren in de samenleving; het hebben van werk is nooit het doel van revalidatie.

### - in de samenleving:

Inghelburch is een centrum in de stad, waarbij de maatschappelijke verwachtingen dagelijks worden binnengebracht. We verschillen hier fundamenteel van dagbehandeling in de zorgcontext van een (psychiatrisch) ziekenhuis.

Inghelburch werkt dus hoofdzakelijk in de 'fase van heroriëntatie' (cf. Wilken, J.P.), in het therapeutisch proces van identiteitsopbouw. Inghelburch biedt daarnaast ook modules aan die meer gericht zijn op vorming (Arcus, arbeidscoaching), te omschrijven als 'fase van herintegratie'. Beide fasen (heroriëntatie en herintegratie) maken onlosmakelijk deel uit van het aanbod van Inghelburch.

## Doelgroep

De doelgroep omschrijven we niet zozeer in pathologie. Deze invalshoek is niet zo relevant vanuit een herstelgericht denken. We schatten eerder de mogelijkheden van herstel en ontwikkeling van de revalidant in. Indien toch op pathologie: de diagnoses zijn beschreven in de RIZIV-conventies.

Er zijn exclusiecriteria:

- Het mentaliserend vermogen van de revalidant is onvoldoende om te reflecteren over eigen handelen.
- De problematiek is dermate acuut of nog aanwezig dat we in de fase van 'acute problematiek' of 'stabilisatie' zitten (volgens de fasen van herstel J.P. Wilken) en dus nog niet in 'heroriëntatie' of 'herintegratie'.
- Bij de revalidant is de focus op ontwikkeling onvoldoende aanwezig waardoor het therapeutisch proces onvoldoende kan worden benut.

## Aanbod

In de fase van heroriëntatie:

We bieden een dagelijks intensief programma aan dat individuele en groepsgerichte aspecten omvat.

*Dagelijks:* het centrum is elke werkdag open (4 ½ dagen/week).

Intensief:

We verwachten dat de revalidant vaak aanwezig is in het centrum. De gemiddelde geplande aanwezigheid bedraagt 3,7 volle dagen/week. We beschouwen dit als een engagement van de revalidant om (opnieuw) te willen participeren aan de samenleving.

Individuele en groepsgerichte aspecten:

Elke revalidant kiest bij start twee of drie ateliers (keuze uit houtbewerking, keukens, informatica, creatief werk, decoratieve technieken). Deze ateliers zijn altijd open en bemand. Dit is het 'basisaanbod' waar de revalidant wordt verwacht. Daarbovenop komen er andere activiteiten: psychomotorische therapie (individueel en/of in groep), gesprekken bij de psychotherapeut (individueel en/of in groep), gesprekken bij de sociale dienst (individueel), gesprekken bij de psychiater (individueel), gesprekken bij de ergotherapeut (in de ateliers, individueel). Of het aspect 'individueel' of 'in groep' van toepassing is, hangt af van het antwoord op de vraag: op welke wijze kan de revalidant het best ontwikkelen, door meer of minder in groepsdynamiek te functioneren? Er wordt dus een grote keuzevrijheid bij de revalidant gelaten (en dus ook onderhandelingsmarge).

In de fase van herintegratie:

In deze fase verandert het accent van intensief therapeutisch aanbod (heroriëntatie) naar meer vormingsgericht aanbod. Dit gebeurt onder meer door de vormingsmodule 'Arcus' (gedurende drie maanden 1 dag/week), met als doel bij een kwetsbare subgroep revalidanten het denken en oefenen omtrent re-integratie in arbeid aan te scherpen. Na de revalidatie kan er gebruik worden gemaakt van de module 'arbeidscoaching' voor die revalidanten waarbij het reguliere begeleidingsaanbod in de sector 'tewerkstelling' onvoldoende blijkt te zijn.

### Samenwerkingsovereenkomsten

- Samenwerkingsovereenkomsten in de vzw waar Inghelburch deel van uit maakt (vzw Gezondheidszorg 'Barmhertigheid Jesu'), vooral inzake ondersteunende diensten;
- Samenwerkingsovereenkomst Netwerk artikel 107 Noord-West-Vlaanderen;
- Samenwerkingsovereenkomst 'tender activering' VDAB;
- Samenwerkingsovereenkomst GTB West-Vlaanderen en Jobcentrum West-Vlaanderen inzake project 'arbeidsgeoriënteerde Geestelijke Gezondheidszorg';
- Samenwerkingsovereenkomst MVIP Noord-West-Vlaanderen: samenwerkingsverband inzake vroeginterventie psychose;
- Lidmaatschap raad van bestuur in vzw Beschut Wonen, organisatie in de zorg voor personen met een beperking;
- Lidmaatschap raad van bestuur en dagelijks bestuur in maatwerkbedrijf en organisatie arbeidszorg.





## Psychosociaal revalidatiecentrum Hedera

Rijselstraat 85  
8900 Ieper  
Tel. 057 42 43 45  
[info@centrumhedera.be](mailto:info@centrumhedera.be)  
[www.centrumhedera.be](http://www.centrumhedera.be)

## Visie en missie/voorstelling

Hedera is een kleinschalig centrum voor psychische revalidatie, gelegen in het centrum van Ieper. Het centrum biedt een revalidatieprogramma aan via therapieën en individuele begeleiding. Samen met de cliënt werkt Hedera aan het versterken van vaardigheden en aan het verhogen van de levenskwaliteit. In overleg wordt het traject bepaald op basis van verwachtingen en doelstellingen. Eerder dan ons te focussen op problemen en tekorten, spreken we vooral de vaardigheden en talenten van mensen aan.

Hedera werkt vanuit de methodiek van het systematisch rehabilitatiegericht handelen (SRH) en stelt de principes van presentiegericht, krachtgericht en herstelgericht werken dan ook centraal.

‘Groeï vanuit eigen kracht’ is de slogan van het centrum. Dit komt ook al naar voor in de naam ‘Hedera’, het Latijnse woord voor klimop, dat symbool staat voor een krachtige groei.

## Doelgroep

Hedera richt zich tot mensen vanaf 16 jaar die ervaren dat hun leven is ontwricht en de kracht niet meer vinden om de draad terug op te nemen of hun mogelijkheden ten volle te benutten. De RIZIV-conventie voorziet de diagnoses waarvoor het centrum begeleiding kan opzetten. Globaal kan gesteld worden dat Hedera er is voor mensen die omwille van een psychische problematiek een stuk autonomie hebben verloren op het vlak van zelfzorg, wonen, werken, vrije tijd, sociale relaties... Van de cliënten wordt verwacht dat zij al voldoende gestabiliseerd zijn zodat stappen kunnen gezet worden naar heroriëntatie en re-integratie. Personen met een verslavingsproblematiek die nog niet is gestabiliseerd of personen met een mentale beperking komen niet in aanmerking voor het revalidatieprogramma.

## Aanbod

Het aanbod van Hedera steunt op 4 pijlers :

- Atelierwerking:  
creatief atelier – atelier ‘klus en herstel’ – atelier ‘maatschappelijke oriëntatie’ - atelier ‘sport en beweging’ – atelier ‘huishoudkunde’. De atelierwerking heeft als doel een context te bieden waarin attitudes kunnen geoefend worden. Communiceren, doorzetten, afspraken nakomen, problemen oplossen, leiderschap opnemen, initiatief nemen enzovoort zijn attitudes die in deze ateliers aan bod kunnen komen. In tweede instantie worden in de ateliers een aantal concrete vaardigheden aangeleerd.
- Modules:  
Inspelend op concrete noden worden modules aangereikt, beperkt in tijd en voor een vaste groep. Thema’s kunnen bijvoorbeeld zijn: identiteitsversterking, stigmatisering, omgaan met piekergedrag, op zoek naar een job.
- Individuele begeleiding:  
Elke cliënt krijgt een individuele begeleider toegewezen bij wie hij/zij terecht kan voor ondersteunende gesprekken en coaching. Daarnaast werken er in het centrum ook psychologen op wie cliënten een beroep kunnen doen.
- De kracht van de groep:  
Het samenbrengen van mensen in gelijkaardige situaties zorgt ervoor dat mensen ervaren dat zij niet alleen staan met hun problemen. Zij vinden bij andere cliënten een luisterend oor, begrip en tips over hoe zij met specifieke problemen kunnen omgaan.

## Samenwerkingsovereenkomsten

Het centrum is opgestart vanuit Accolade, het netwerk geestelijke gezondheidszorg regio Ieper-Diksmuide. Dit zorgde meteen voor verankering in het landschap van de geestelijke gezondheidszorg in de regio, gezien de diverse partners al van bij aanvang betrokken waren bij de opstart van het centrum. Accolade bundelt Beschut Wonen 'De Overweg', CGG Largo, Huisartsen Westhoek, Kompas, Jan Ypermanziekenhuis, Psychiatrisch ziekenhuis H.Hart, Psychiatrisch verzorgingstehuis 'Tempelhof', Similes Vlaanderen en het Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnszorg Midden West-Vlaanderen.

Er is daarnaast samenwerking met andere revalidatiecentra en Zorgnet-Icuro in functie van uitwisseling van best practices, intervisie en opvolging van beleidstendensen. Structurele samenwerking is er eveneens met de stuurgroep 'Arbeidsrehabilitatie'. Organisaties die hier deel van uitmaken zijn het Psychiatrisch Ziekenhuis H.Hart, Stuurkracht 2 (arbeidszorg), Westlandia en Sowepo (beide maatwerkbedrijven), De Groene Kans (arbeidszorg), Jobcentrum, VDAB en VOKA.

Ook maakt Hedera deel uit van 'Creatieve denkgroep Ieper', die onder meer als doel heeft kwetsbare mensen zo goed als mogelijk de weg te laten vinden naar een gepast vrijetijdsaanbod.

Daarnaast is er een intensieve samenwerking met de Mobiele Teams en met de diverse zorgpartners die deel uitmaken van het cliëntenetwerk van Hedera.





## Psychosociaal revalidatiecentrum TOV

Kloosterstraat 3  
8800 Rumbeke  
Tel. 051 24 22 62  
hilde.vens@tov-vzw.be  
www.tov-vzw.be

### Visie en missie/voorstelling

Als lid van het netwerk PRIT en als actor vanuit functie 3, wil TOV vzw volwassenen met psychiatrische problemen ondersteunen en begeleiden om als volwaardig burger de regie over eigen leven te kunnen behouden, herstellen of verbeteren; in nauwe aansluiting met de thuisomgeving en gericht op een optimale participatie aan de (lokale) samenleving. TOV vzw schakelt zich hiertoe in een breed netwerk in met verschillende zorgverstrekkers, zorgaanbieders, diensten en voorzieningen werkzaam binnen de regio voor de doelgroep volwassenen (16+).

TOV vzw engageert zich tot een kwaliteitsvolle, wetenschappelijk en ethisch verantwoorde, effectieve zorg die gericht is op duurzaam herstel, optimale levenskwaliteit en een maximale sociale inclusie en integratie in de maatschappij en de context van de deelnemer.

Het centrum vertrekt vanuit een persoonsgerichte benadering waarin samenwerken, dialoog en een waarachtige vertrouwensrelatie het fundament vormen voor een respectvolle omgang met elke deelnemer en diens context. Herstelgericht denken en handelen vormen het denk- en handelingskader binnen een multidisciplinair team, dat werkt vanuit gelijkwaardigheid en respect voor ieders eigenheid en deskundigheid.

### Doelgroep

Wij staan op voor volwassenen personen vanaf 16 jaar met een psychiatrische problematiek, die hen verhindert een passende rol op te nemen thuis, op het werk, op school, tijdens een opleiding, in de vrije tijd, en/of binnen het sociaal netwerk en de brede maatschappij. Deze personen vertoeven in een relatief stabiele woonsituatie én gemotiveerd om via een intensief revalidatieprogramma of arbeidscoaching naar een duurzame verandering in hun leven toe te werken.





## Aanbod

### Activiteiten revalidatiecentrum:

Een multidisciplinair team begeleidt de deelnemer doorheen een zelfgekozen traject om zijn vaardigheden en levenskwaliteit te verhogen: een intensief revalidatieprogramma met groepsactiviteiten en individuele begeleiding. Er is keuze tussen deelname voor halve (3u) of volle dagen (2 x 3u), maar de deelnemers komen minstens 6 halve dagen per week. Voor deelname aan de revalidatie-activiteiten wordt remgeld betaald, tenzij voorkeurstarief. Er is een groepsaanbod op het vlak van wonen, huishouden, bewegen, sociale vaardigheden, maatschappelijke oriëntatie, vrije tijd, mobiliteit, solliciteren en werken.

Dit aanbod zit vervat in diverse ergotherapeutische ateliers:

- koken en huishouden;
- crea en decoratie;
- klussen – groenonderhoud – herstel;
- maatschappelijk oriëntatie – planning en sociale vaardigheden;
- beweging – relaxatie en lichaamsbeleving;
- themasessies over diverse onderwerpen;
- 'van talenten naar werk';
- projectwerking.

Alle ateliers zijn gericht op het ontwikkelen en versterken van de inzichten en vaardigheden van de deelnemer op verschillende levensdomeinen.

### Aanbod arbeidscoaching:

De arbeidscoach begeleidt deelnemers vanuit TOV vzw zelf én externen die kiezen voor ondersteuning inzake tewerkstelling. Ook wie geen revalidatie in TOV of een andere centrum volgde, kan zich aanmelden. De ondersteuning is tijdelijk (max. 2 jaar) en betreft zowel arbeidstrajectbegeleiding (zoektocht naar werk/opleiding) als loopbaanbegeleiding (ondersteuning bij uitvoering van de job).

De arbeidscoach werkt samen met de bestaande arbeidsbegeleidingsdiensten (zoals VDAB, GTB, Jobcentrum) in de regio Midden West-Vlaanderen.





De arbeidscoach verzorgt waar nodig:

- een brugfunctie van zorg naar werk;
- on-the-job coaching van de deelnemer;
- organiseren en opvolgen van stage/werkhervatting;
- uitbouw van een ondersteunend netwerk voor de cliënt.

### Samenwerkingsovereenkomsten

TOV vzw is lid van het netwerk geestelijke gezondheidszorg PRIT en volgt de ontwikkelingen in dit netwerk op. De directeur is actief lid van het Netwerkcomité PRIT en neemt samen met de arbeidscoach deel aan de werkgroep 'arbeidscoach' waarin de partners 'werk' vertegenwoordigd zijn.

De directeur volgt samen met de psychologen en de arbeidscoach de intervisiemomenten op die georganiseerd worden voor de revalidatiecentra. Zij maakt ook deel uit van de werkgroep 'de inrichting' die vanuit diverse regiopartners de inhoudelijke werking van het centrum opvolgt. Vanuit haar rol als bestuurder binnen het psychiatrisch ziekenhuis Kliniek Sint-Jozef Pittem, heeft zij goed zicht op ontwikkelingen in de kliniek en onderhoudt ze een goede relatie met directie, afdelingen en artsen. De arbeidscoach volgt momenteel de opleiding *International Classification of Functioning, Disability & Health* (ICF) en neemt samen met de directeur deel aan de Regionale stuurgroep werkwinkel, het Forum lokale werkgelegenheid en sporadisch regionaal overleg rond het thema 'werk'.

De maatschappelijk werker houdt de vinger aan de pols aangaande lokale ontwikkelingen inzake welzijn en (gezondheids)zorg via haar aanwezigheid op het Gemeentelijk Overleg Thuiszorg (Roeselare), contacten met ontmoetingscentra De Kom-Af (Roeselare) en 't Koeterke (Izegem), en met BIZ (regionaal CAW-project 'Budget In Zicht'). Ten behoeve van individuele deelnemers wordt er geregeld samengewerkt en overlegd met de diensten Beschut Wonen in de regio Izegem-Roeselare-Tielt, de PAAZ-en en de arbeidszorgcentra De Bieweg en Den Tatsevoet (beide CGG), de begeleiders van de mobiele teams, zelfstandige therapeuten, de aanbieders van vorming binnen Pritlink, het ruimere begeleidingsaanbod van het CAW, de OCMW's of sociale huizen, VAPH-voorzieningen zoals St. Idesbald-Mivalti e.a., vzw Victor (ASS problematiek), maatwerkbedrijven, GTB- en jobcentrumbegeleiders.



## Psychosociaal revalidatiecentrum De MaRe

Condédreef 59  
8500 Kortrijk  
Tel. 056 23 10 61  
info@de-mare.be  
www.de-mare.be



## Visie en missie/voorstelling

De MaRe staat in voor sociale inclusie en actief (volwaardig) burgerschap voor mensen (+16 jaar) met een psychiatrische problematiek die nood hebben aan begeleiding/behandeling met het oog op een voor de cliënt maximaal herstel op de verschillende levensdomeinen (wonen, werken).

Met visie bedoelen we de manier waarop we naar de doelgroep en hun problemen kijken. We stellen een holistische kijk voor met zowel aandacht voor de fysische, de psychische, de sociale en zingevende aspecten binnen elke persoon. Vanuit de vermaatschappelijking van de zorg lijkt dit het beste en meest brede uitgangspunt. In het uit te werken 'programma' zal dus aandacht moeten zijn voor deze vier aspecten. Als uitgangspunt voor de visie gebruiken we de principes van het herstelgericht werken en het systematisch herstelgericht handelen. Het inhoudelijk psychotherapeutisch kader bestaat uit cognitieve gedragstherapie en systeemtherapie.

## Doelgroep

Vanuit het principe van de continuïteit van zorg zullen mensen (+16) vanuit andere (GGZ-) diensten en voorzieningen verwezen kunnen worden. Alsook kunnen mensen zelf de stap zetten om een revalidatieprogramma te volgen. De voorwaarden zijn het hebben van een psychiatrische diagnose en het ervaren van problemen bij re-integratie op één of meerdere levensdomeinen. Vanuit het herstelgericht denken en werken voegen we hieraan toe: kansen om via een individueel revalidatieprogramma een volwaardig burgerschap op te bouwen, met een klemtoon op werken en wonen.

De MaRe richt zich voornamelijk op cliënten die voorheen geen of een minimaal contact met de geestelijke gezondheidszorg kenden. Mensen die een specifieke nazorg na een (langdurig) behandeltraject wensen, dienen dit door de behandelaar aangeboden te krijgen.

## Aanbod

Binnen de werking van De MaRe vertaalt deze visie zich in een modulair programma dat samen met de cliënt op maat wordt opgesteld. Tijdens een voorafgaande intake worden het functioneren en de verwachtingen op de verschillende levensdomeinen in kaart gebracht. Aan de hand van dit profiel dat de cliënt verder verfijnt, wordt een individueel zorgtraject in kaart gebracht. De doelstellingen worden door de cliënt geëxpliciteerd in een persoonlijk plan, waarin alle korte en lange termijndoelen vastgelegd zijn. De hulpverleners sluiten aan op dit persoonlijk plan van de cliënt en gaan samen met de cliënt na waarin zij ondersteunend kunnen bijdragen aan de realisatie hiervan.

Deze modules bestaan enerzijds uit groepssessies gericht op het vergroten van de zelfkennis en op training van de vaardigheden en anderzijds uit individuele en/of contextgesprekken. De modules zijn gericht op het vergroten van de autonomie en zelfredzaamheid van de cliënt op het vlak van wonen, vrije tijd, mobiliteit, digitale media, levensorganisatie, gezonde levensstijl, beweging, sociale vaardigheden. In verschillende modules wordt ook actief gewerkt aan de motivatie en de arbeidsattitudes van de cliënt en samen met hem wordt aan de weg getimmerd om (opnieuw) een plaats op de arbeidsmarkt te veroveren.

## Samenwerkingsovereenkomsten

De MaRe bevindt zich wat het zorggebied betreft op de breuklijn van eerstelijnszorg en residentiële hulpverlening. Daarom is het van het grootste belang een breed netwerk van betrokken partners op te bouwen. Dit zowel binnen de welzijnssector (CAW, OCMW, mutualiteiten, gezinshulp, etc.) als binnen de gezondheidszorg (huisartsen, thuisverpleging, centra geestelijke gezondheidszorg, mobiele teams, PAAZ, psychiatrische ziekenhuizen, etc.).

Daarnaast bevindt De MaRe zich ook op de breuklijn tussen de zorgsector en werk/ tewerkstellingsactoren. Ook hier dient een actief netwerk van betrokken partners (VDAB, GTB, jobcenter, werkgevers, arbeidsgeneeskundige diensten, etc.) opgebouwd en onderhouden te worden.

Ten slotte bevindt De MaRe zich op de breuklijn tussen zorg en de brede maatschappij. Hier dient een zeer breed netwerk van actoren op het vlak van verenigingsleven, vrijetijdsorganisaties, socioculturele verenigingen, maatschappelijke platformen, huisvestingsorganisaties, etc. aangesproken te worden.



## Psychosociaal Revalidatiecentrum Mirabello

Stapelplein 70 / 103  
9000 Gent  
Tel. 09 225 15 20  
info@rcmirabello.be  
www.rcmirabello.be



### Visie en missie/voorstelling

Kernopdracht: identiteitsopbouw, maatschappelijke integratie, herstelondersteuning.

Visie/accenten:

- werken met mogelijkheden en krachten (*empowerment/strength-based*);
- aanleren en ontwikkelen van maatschappelijk relevante en op het individu geënte vaardigheden en competenties op verschillende levensdomeinen, zo dicht mogelijk bij hun levenscontext: bv. ook intakes aan huis, geen labowerk maar training ter plaatse (thuis, op werkplek...);
- reduceren en leren hanteren van psychische belemmeringen;
- positief, prikkelend, hoopgevend klimaat met een actieve participatiecultuur; regie bij de cliënt (cliënt op team, ook mede-eigenaar van dossier, ervaringsdeskundigheid);
- arbeidsrehabilitatie.

### Doelgroep

Volwassenen met een psychiatrische/psychosociale problematiek:

- niet in crisis;
- in een relatief stabiele woonsituatie;
- met een vraag op verschillende levensdomeinen;
- met een engagement voor een intensief en tijdelijk (maximaal 1 jaar) revalidatieprogramma.





## Aanbod

Persoonlijk herstelplan van de cliënt vormt de centrale as van de werking; de onderhandelde doelstellingen worden systematisch geëvalueerd.

- Doelgericht, gradueel/stapsgewijs;
- Individueel: vaste individuele begeleider;
- Individueel volgens specifieke vraag van de cliënt en deskundigheid van het teamlid (bv. psychotherapie, arbeidstrajectopvolging,...);
- Groepswork:
  - » Werk- en doelgericht: arbeid, creativiteit, huishouden (proces, attitudes, oriëntatie, doelen)
  - » Intern en buiten de locatie
  - » Lichaamsgericht: beweging/conditie, wandelen, zwemmen, aandacht, relaxatie...
  - » Verbaal, psychotherapeutisch: krachtgericht, PHP, ik en de wereld, stress/kwetsbaarheid, crisisplan, ACT-therapie, schemagericht, psycho-educatief (psychosomatiek, piekeren, depressie, slaap, humor, opvoeding,...), herstelgroep
  - » Sociale zelfstandigheid: administratie/financiën/juridisch.

## Samenwerkingsovereenkomsten

Mirabello is actief in het Pakt (netwerk Gent-Eeklo) via de Mirabello-adviesgroep (3x/jaar), de functie 3-vergaderingen, de werkgroepen 'werk' en 'vrije tijd' in functie 3, het overleg ambulante actoren in het netwerk en specifiek het afstemmingsteam.

Daarnaast is het ook bestuurslid van het cliëntenbureau, lid van het Vlaams Herstelplatform en lid van het buurtoverleg. De arbeidscoach ggz werkt specifiek intensief samen met de cgg's Eclips en het RCGG Deinze-Gent-Eeklo met vaste consultmomenten in de verschillende vestigingen.

Er is een beginnende samenwerking opgestart met de buddywerking Metawonen, algemeen maar met specifieke aandacht voor de ontwikkeling van de werking met betrekking tot taakgerichte buddy's.

Mirabello blijft sterk gefocust op het verder verbeteren van de integratie van het netwerk van de cliënt in het revalidatietraject. In het kader van arbeid, vrije tijd en beweging worden tal van contacten in de buurt en in de buurt van de cliëntomgeving gelegd om het mogelijk te maken maatschappelijke rollen te oefenen en te integreren. Zo hebben het team en de cliënten geparticipeerd aan het vrijetijdsproject 'Over de Horde' (Popov) en is er ook meegewerkt aan een tentoonstelling in het Buurthuis.



## Psychosociaal revalidatiecentrum TG 'de evenaar'

Sint-Jozefstraat 9 & 11  
2018 Antwerpen  
Tel. 03 225 02 20  
[de.evenaar@emmaus.be](mailto:de.evenaar@emmaus.be)  
[www.tg-de-evenaar.be](http://www.tg-de-evenaar.be)



## Visie en missie/voorstelling

TG 'de evenaar' is een therapeutische gemeenschap waar mensen met aanslepende psychische problemen opgenomen worden voor een intensieve en relatief langdurige (13 maanden, uitzonderlijk 20 maanden) psychotherapeutische behandeling in groep. Het centrum biedt hulp aan (jong)volwassenen (vanaf 17 jaar) die verandering willen brengen in hun intra- en interpersoonlijk disfunctioneren. Kenmerkend voor onze werking is de bewuste kleinschaligheid (2 rijhuizen in de stad met maximaal 9 bewoners per huis) met een uitgesproken huiselijk karakter. Streefdoel is dat de cliënten psychisch meer stabiel worden zodat hun zelfredzaamheid toeneemt en zij uiteindelijk hun rol in de samenleving (opnieuw) kunnen opnemen.

Onze werking refereert naar de bewezen o.a. Haigh, R. 1999 & 2013; Debaere, V. 2014, Pearce, S. & Pickard, H. 2012), essentiële en unieke eigenschappen van een therapeutische gemeenschap en is gebaseerd op volgende vijf belangrijke elementen die de basis vormen voor een gezonde emotionele ontwikkeling.

- *Containment*: (intense) emoties kunnen worden gedragen binnen duidelijke structuur en afspraken;
- *Attachment*: het tot stand brengen van een sfeer van samenhang, waar elke cliënt erbij hoort;
- *Communication*: openheid om persoonlijke en relationele ervaringen uit te spreken, te bevragen en hierover te reflecteren;
- *Involvement*: een actieve samenwerking die wordt gekenmerkt door een grote betrokkenheid tussen de cliënten onderling en de therapeuten;
- *Agency*: elke cliënt neemt zelf mee de verantwoordelijkheid op voor zijn therapeutisch proces.

Deze vijf principes worden toegepast vanuit een psychodynamisch denken als richtinggevend therapeutisch referentiekader. Dit betekent dat we werken met het bewuste en het onbewuste van de cliënt. Via het dagelijks samenleven met anderen gaan we op zoek naar de diepere oorzaken van de klachten en trachten we hier een betekenis aan te geven. Door dit proces willen we mensen in staat stellen om zelf keuzes te maken en te werken aan een toekomst (studie, werk, wonen, vrijetijdsbesteding, relaties...). Belangrijke derden (familie, vrienden, hulpverleners...) kunnen bij de behandeling betrokken worden.

## Doelgroep

Veelal gaat het om mensen met een ernstige persoonlijkheidsproblematiek waarbij hechtingsproblemen en/of separatie/individuatie-problemen aan de basis liggen. Deze problemen uiten zich via allerlei klachten zoals depressieve gevoelens, angst, wantrouwen, isolement en stemmingswisselingen. Contra-indicaties zijn onder andere verslaving, eetstoornissen, acute psychose, autisme, crisissituatie, mentale handicap.

Al onze cliënten vallen in de leeftijdscategorie van 18-30 jaar. Interessanter is om dit nog verder op te splitsen. Hierdoor wordt overduidelijk dat onze cliënten allen adolescenten/jongvolwassenen zijn.

## Aanbod

Samenleven in TG 'de evenaar' staat centraal in de intensieve residentiële behandeling. We beschikken over twee huizen waar telkens negen personen opgenomen kunnen worden. Ieder huis heeft zijn eigen team. Het beleid van TG 'de evenaar' wordt samen uitgestippeld. Door de bewoners te laten samenleven in groep, scheppen we een therapeutische ruimte waar ervaringen kunnen worden opgedaan met en via anderen (cliënten, team, buitenwereld). Vervolgens brengen we samen in kaart waar de problemen zich situeren, welke onderliggende emoties en motieven hierbij een rol spelen en trachten we hier betekenis aan te geven. Van daaruit zoeken we verder welke eigen keuzes gemaakt worden op verschillende levensdomeinen. Het therapeutisch aanbod bestaat uit de volgende elementen:

- sociotherapie: dagelijks intensief met elkaar samenleven en experimenteren in de groep via informele momenten en gestructureerde sessies zoals sport, themagroep en 'blikopener';
- psychotherapie: twee individuele sessies per week en een sessie groepspsychotherapie.
- non-verbale therapie: via beeldende materialen tot expressie komen en stilstaan bij belevingen onder begeleiding van een creatief therapeute;
- medisch-psychiatrische begeleiding;
- deelname aan projectgroepjes zoals de redactieraad (mee vormgeven aan de nieuwsbrief van TG 'de evenaar'), het 'tuingroepje' en het 'ecogroepje'.

## Samenwerkingsovereenkomsten

TG 'de evenaar' is actieve partner en medeoprichter van het via artikel 107 opgestarte GGZ-netwerk SaRA ([www.sara.oggpa.be](http://www.sara.oggpa.be)) in Antwerpen. Zij situeert zich als wellicht één van de weinige psychosociale revalidatiecentra in functie 4.

Van oudsher werkt TG 'de evenaar' vanuit haar unieke aanbod voor jongvolwassenen regionaal én supra-regionaal. Samenwerking is er om redenen van onderlinge derdelijns-doorverwijzingen met andere residentiële psychotherapeutische centra zoals Tsedek, mozAïek van PC St. Amedeus Mortsel, KLIPP van UC Sint-Jozef Kortenberg, PC Rustenburg in Brugge. TG 'de evenaar' is onderdeel van Emmaüs vzw en in dit kader wordt intensief samengewerkt met andere centra die tot deze vzw behoren, zoals PC Bethanië-Zoersel, Elim, BW De Sprong, PZ Duffel, BW Este, Jeugdzorg Emmaüs Antwerpen en RC 'de keerring'.



**Tsedek**

**Bist 90  
2180 Ekeren (Antwerpen)  
Tel. 03 664 07 79  
info@tsedek.be  
www.tsedek.be**

## Visie en missie/voorstelling

Tsedek is een kleinschalig therapeutisch centrum in een groen gelegen en residentiële buurt. Mensen met diverse psychische en maatschappelijke moeilijkheden kunnen binnen ons centrum op intensieve en individuele wijze behandeld worden. Tijdens een opname kan de cliënt afstand nemen van de eigen situatie en krijgt hij de mogelijkheid om het persoonlijk functioneren beter te begrijpen en in beweging te brengen. Het therapeutisch proces kan vervolgens verdergezet worden in de vorm van een dagbehandeling.

Als psychosociaal revalidatiecentrum werkt Tsedek met mensen die psychische problemen ervaren. De doelstelling is tweeledig: enerzijds psychotherapeutisch door hen te laten spreken en te komen tot verwerking/verandering, anderzijds sociotherapeutisch door hen te reactiveren, re-integreren en begeleiden met het oog op een eventuele arbeidshervatting. Als centrum kiezen we ervoor om kleinschalig en laagdrempelig te zijn. De residenten staan dicht bij hun thuis, de contacten met de omgeving blijven behouden en de afstand tussen hen en de maatschappij is minimaal.

Tsedek is een plek waar dialoog en particulariteit centraal staan. We gaan ervan uit dat mensen tot bij ons komen met een gefundeerde, persoonlijke hulpvraag. Daarbij leggen we een grote verantwoordelijkheid bij onze cliënten. Onze ethische basishouding als hulpverlener belichaamt een niet-weten.

## Doelgroep

Tsedek richt zich tot personen die minstens 16 jaar oud zijn, kampen met psychische en sociale problemen en hieraan iets wensen te doen. Naar leeftijd is er geen bovengrens.

De klachten waarmee mensen bij ons terecht kunnen zijn divers: angstige of depressieve gevoelens, vaak moeilijkheden in contact met anderen of op zoek naar de echte ik, het verwerken van een verlieservaring of traumatische gebeurtenis. Het betreft voornamelijk hechtingsstoornissen, angst- en stemmingsstoornissen, identiteitsproblemen, aanpassingsstoornissen. Tsedek hanteert twee exclusiecriteria, namelijk acute psychose of ernstige verslaving. **Aanbod**

Tsedek biedt de mogelijkheid tot opname (maximale duur 9 maanden) en aansluitend de mogelijkheid tot dagbehandeling (18 maanden). Mensen kunnen maximaal driemaal per week en minimaal eenmaal om de twee weken op dagbehandeling komen.

Tsedek voorziet in een uitgebreid therapieaanbod. Naast individuele gesprekken met de psychotherapeut zijn er diverse creatieve therapieën. Zo bieden we dramatherapie, beeldende therapie en dans- en bewegingstherapie aan. We voorzien eveneens in ergotherapeutische activiteiten en sociotherapeutische activiteiten (naar buiten gericht, blik op de samenleving). Medicamenteuze opvolging gebeurt door de psychiater. Daarnaast is er de aanwezigheid van onze sociale dienst. In dialoog met de cliënt trachten we re-integratie binnen de maatschappij te realiseren. Dit zowel op administratief en financieel gebied maar eveneens qua huisvesting, vrije tijd en tewerkstelling.

## Samenwerkingsovereenkomsten

In het kader van de vermaatschappelijking van zorg (artikel 107) werd SaRA door het arrondissement Antwerpen gerealiseerd. Tsedek maakt deel uit van het netwerkcomité, functie 3 en functie 4.



SaRA staat voor een samenwerkingsverband voor gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidszorg regio Antwerpen.

Het netwerk bouwt aan een geïntegreerd zorgaanbod waarin preventie, detectie, behandeling en herstel een duidelijke plaats krijgen. Het engagement van de partners om samen te werken aan de vermaatschappelijking van zorg is gestoeld op een gemeenschappelijke visie. Met de vermaatschappelijking van de zorg beoogt SaRA enerzijds het neerhalen van de schotten tussen de verschillende GGZ- en niet-GGZ-zorgpartners over de vijf sleutelfuncties heen en anderzijds een beter bereikbare, geïndividualiseerde, vraaggestuurde psychiatrische zorg. Dit kan louter gerealiseerd worden mits een betere samenwerking met en een grotere inbedding en verankering in de werking van de eerstelijnsdiensten en de informele zorgverstrekkers.

Op basis van samenwerking en afstemming binnen de GGZ-sector en met belendende sectoren wordt gestreefd naar continuïteit van zorg zodat cliënten geen breuken ervaren in het eigen zorgtraject en eventuele overgangen naadloos kunnen verlopen.



## RC 'de keerkring'

Vredebaan 77b  
2640 Mortsel  
Tel. 03 448 16 70  
[de.keerkring@emmaus.be](mailto:de.keerkring@emmaus.be)  
[www.rc-de-keerkring.be](http://www.rc-de-keerkring.be)

## Visie en missie/voorstelling

RC 'de keerkring' is een kleinschalig, dynamisch dagrevalidatiecentrum dat verschillende soorten therapieën (psycho-, socio-, arbeids- en niet-verbale therapie), ateliers, werk- en projectgroepen, trainingen en stages aanbiedt op weekdays van 9u tot 16u.

RC 'de keerkring' werkt vanuit een herstelgerichte, participatieve visie (J.P. Wilken), die focust op maatschappelijke (re-)integratie: de werking situeert zich op fase 2 ((her)oriëntatie) en fase 3 ((re-)integratie) van een herstelproces. In 'de keerkring' stippelt de deelnemer (onze benaming voor de cliënt om de gelijkwaardigheid te beklemtonen) samen met de begeleiding zijn traject op maat uit. Het programma is erop gericht om deelnemers weer in beweging te brengen op het vlak van diverse levensdomeinen; het team en de ervaringswerkers ondersteunen de deelnemer in zijn proces. De context van de deelnemer wordt betrokken bij de revalidatie.

Het aanbod is aanvullend t.o.v. het bestaande GGZ-aanbod, vooral omdat naast het begeleiden van de deelnemers in hun proces de focus op het verwerven van werkervaring & stages *on the spot* een wezenlijk onderdeel vormt. RC 'de keerkring' werkt drempelverlagend, destigmatiserend, en opnamevoorkomend.

## Doelgroep

De doelgroep bestaat uit mensen (16 tot 65 jaar) met ernstige psychische problemen, die door deze problemen ernstig belemmerd worden in hun functioneren op verschillende levensdomeinen. Bijvoorbeeld op het vlak van wonen, werken, (intieme) relaties, vrije tijd, studie. De doelgroep heeft ontwikkelingspotentieel, d.w.z. dat deelnemers kunnen werken aan het verminderen van hun psychische belemmeringen en het ontwikkelen en/of verstevigen van vaardigheden en competenties.

Wie in crisis is en direct hulp nodig heeft, wie een verslavingsprobleem heeft dat op de voorgrond staat en wie een mentale handicap heeft, kan niet bij RC 'de keerkring' terecht.

## Aanbod

In workshops, groepssessies, ateliers werken we aan identiteit en vaardigheden, waarbij we aansluiten bij wat er bij de deelnemer leeft: cognitief, ervaringsgericht, doelgericht.

### Therapie:

- individuele therapie;
- systeemtherapie;
- groepstherapie;
- verbaal en non-verbaal (beeldend, lichaamsgericht, sport, muziek,...);
- thema's: identiteit, opnemen van sociale rollen, omgaan met stress...

### Vaardigheden:

- ateliers: koken, huishouden, tuin, inrichting gebouw, houtatelier, werken met pc etc.;
- 'werksaam', een 16-weken durende module rond werk;
- workshops rond talenten en sociale vaardigheid, sollicitatietraining, maatschappelijke oriëntatie, vrije tijd.

Kenmerkend voor het programma is ook het:

- basisaanbod om te proeven; daarna op maat i.f.v. de revalidatiedoelstellingen van de deelnemer;
- gericht naar 'buiten': reguliere diensten, vrije tijdsbesteding...

### Samenwerkingsovereenkomsten

Het ontstaan van RC 'de keerkring' situeert zich binnen het kader van de via artikel 107 opgestarte netwerken. Vanuit de regio Antwerpen is dit het gemeenschapsgerichte GGZ-netwerk SaRA ([www.sara.oggpa.be](http://www.sara.oggpa.be)). Werkingsgebied is de gehele regio Groot-Antwerpen. RC 'de keerkring' maakt deel uit van 'Functie 3' van dit netwerk, ook het aanbod van de arbeidscoach en het ZoWeZo-team kadert in deze functie. In dit verband wordt samengewerkt met verschillende zorg- en werkpartners waaronder bijvoorbeeld PAAZ'en, psychiatrische centra, de twee CGG, CAW, Huisartsen, GTB, VDAB, IBW, TG 'de evenaar' en Tsedek.

RC 'de keerkring' is onderdeel van Emmaüs vzw en in dit kader wordt intensief samengewerkt met andere centra die onderdeel zijn van deze vzw, zoals PC Bethanië-Zoersel, BW De Sprong, PZ Duffel, BW Este, Jeugdzorg Emmaüs Antwerpen en TG 'de evenaar'.



## Psychosociaal revalidatiecentrum Route 11

Gasthuisstraat 22/2

2300 Turnhout

014/ 44 29 19

info@route11.be

[www.welzijnszorgkempen.be/t-kader/route-11](http://www.welzijnszorgkempen.be/t-kader/route-11)





## Visie en missie/ voorstelling

Route 11 richt zich op deelnemers met psychiatrische en/of psychosociale moeilijkheden waarbij de autonomie op het vlak van wonen, werken en leven danig is verstoord. Vanuit individuele begeleiding, groepswerking en systeemtherapie werken de deelnemers met ondersteuning van het team naar herstel en sociale inclusie. Een belangrijk aspect voor deelnemers is het hervatten of aanvatten van werk indien dit binnen hun mogelijkheden ligt.

Evenwaardigheid en overleg zijn de basisbeginselen van waaruit de begeleiding op maat wordt uitgewerkt volgens de herstelvisie. Ieder individu heeft naast zijn eventuele beperkingen of problemen gerelateerd aan de psychische moeilijkheden ook krachten en mogelijkheden in zich. Iedereen zal dan ook vanuit deze mogelijkheden benaderd worden en aanzien worden als deelnemer – eerder dan als patiënt. Alle deelnemers zijn eigenaar en manager van hun eigen behandelplan en zullen vanuit hun vaardigheden aangesproken worden op het maximaal opnemen van de eigen verantwoordelijkheid in het herstelproces.

Verder is het een onmogelijk gegeven om binnen revalidatie de deelnemers los te koppelen van het systeem en/of de context waarin ze functioneren. Familieleden, vrienden, burens en dergelijke worden actief en systematisch betrokken in het herstelproces van de deelnemers. Om dit herstelproces maximaal na te streven wordt er binnen Route 11 expliciet gewerkt aan het vertalen van de evoluties van de deelnemers naar de maatschappij en de eigen leefomgeving. In alle sessies, individueel, systemisch en in groep, is deze visie een vertrekpunt.

Als antwoord op bovenstaande visie werd het therapeutisch aanbod vraag-gestuurd uitgebouwd in contradictie met de oudere, gekende aanbod-gestuurde methodieken. Route 11 streeft naar een concrete vertaling van de herstelvisie naar de dagelijkse praktijk van het revalidatiecentrum en legt dan ook de regie van het herstelproces in handen van de deelnemers. Het denkkader van de Oplossingsgerichte Systeemtherapie (*Solution Focused Brief Therapy*) ondersteunt deze werking.

## Doelgroep

Het revalidatiecentrum richt zich tot (jong)volwassenen met een psychiatrische problematiek die te beschrijven is in een DSM-IV diagnose. Deze deelnemers hebben door hun problematiek specifieke vaardigheden verloren of hebben nog slechts beperkte vaardigheden op verschillende levensdomeinen.

Deelnemers die een veranderingswens en veranderingsmogelijkheden hebben op het vlak van reactivatie en re-integratie in de maatschappij kunnen revalideren in Route 11 indien zij de mogelijkheden hebben en bereid zijn om actief te investeren in dit herstelproces. Het programma vraagt een grote verantwoordelijkheid en een groot engagement. Daartoe is reeds enige stabiliteit van primair belang. Wanneer de klemtoon van de hulpvraag zicht meer situeert op inzicht geven en/of psychotherapeutisch vlak, dan verwijzen we de cliënten door naar een daartoe gespecialiseerde setting.

Cliënten die in Route 11 een revalidatietraject aangaan, lijden niet aan een middelenafhankelijkheid (als primair probleem) en hebben geen mentale beperking.

## Aanbod

Een revalidatietraject is een individueel traject dat voor elke deelnemer kan verschillen qua inhoud, duur, tempo en richting. Het is in onze werking dan ook onlogisch om voor deze deelnemers een gestandaardiseerd therapieprogramma uit te werken. Route 11 vertrekt vanuit de uniciteit van de deelnemers en hun verhaal en stelt een programma op maat ter beschikking. Er zowel individueel als in groep en systemisch gewerkt naar weerspiegeling van het dagelijks functioneren in de maatschappij. Deelnemers stellen in overleg met het team zelf hun programma samen op basis van beschikbare dagen, interesses en doelstellingen. Motivatie, verantwoordelijkheid en engagement zijn hierbij onontbeerlijk.

Aanvullend beheren de deelnemers zelf hun behandelplan. Bij de opstart van een begeleiding in het revalidatiecentrum krijgen ze zelf een blanco behandelplan in handen en worden ze gevraagd om, met ondersteuning van het team, hiermee aan de slag te gaan, letterlijk en figuurlijk. Frequente evaluaties, om de 6 weken, garanderen een efficiënte opvolging en bijsturing van de doelstellingen en het therapieprogramma van de deelnemers om een zo efficiënt mogelijk herstelproces na te streven en de vertaling naar de eigen context te maken. Iedere deelnemer participeert in de teamvergadering op het moment dat zijn evaluatie besproken wordt.

Verder is het een onmogelijk gegeven om binnen revalidatie de deelnemers los te koppelen van het systeem en/of de context waarin ze functioneren. Een hersteltraject is niet een verhaal op zich van één individu, maar van een hele context. We werken dan ook frequent en intensief samen met de cliënt en belangrijke mensen uit zijn context.

## Samenwerkingsovereenkomsten

Route 11 kent een samenwerkingsovereenkomst met het Netwerk Geestelijke Gezondheidszorg Kempen (psy 107) waar het nu deel van uitmaakt. Route 11 en de arbeidscoach participeren dan ook actief in meerdere werk- en stuurgroepen (stuurgroep van het netwerk, werkgroep F3 (functie 3) en F3-arbeid, werkgroep herstel, de adviesgroep...).

Naast deze samenwerkingsovereenkomst is er een overeenkomst gesloten tussen de partners GGZ (Kempen) en GTB om de doorverwijzing van cliënten met een psychische kwetsbaarheid naar (een traject naar) de arbeidsmarkt te faciliteren. De werkgroep F3-arbeid ondersteunt en onderbouwt deze samenwerking.

We vinden het erg belangrijk een goede zorgcontinuïteit te verzekeren en organiseren of nemen dan ook graag deel aan zorgoverlegmomenten met andere zorgpartners van de cliënten.

Route 11 bouwde een samenwerking uit met de hogescholen uit de Kempen (Thomas More Turnhout en Geel) en biedt stageplaatsen aan de opleidingen Maatschappelijk werk, Ergotherapie en de BanaBa Geestelijke Gezondheidszorg.

Verder zien wij als revalidatiecentrum ook een belangrijke bijdrage in het uitbouwen van een toegankelijke vrijetijdsbesteding, het sensibiliseren van de arbeidsmarkt rond het ondersteunen van mensen met psychische kwetsbaarheden en rond het doorbreken van stigma en taboe. Route 11 zet hier dan ook – in samenwerking met andere organisaties – actief op in.



## Psychosociaal revalidatiecentrum Sonar

Naamsesteenweg 91  
3001 Heverlee  
Tel. 0477 90 63 93  
[bram.grene@fracarita.org](mailto:bram.grene@fracarita.org)  
[www.vzwwalden.be](http://www.vzwwalden.be)



## Visie en missie/voorstelling

Sonar wil een aanvullend aanbod genereren binnen het bestaande zorgnetwerk regio Leuven-Tervuren. Het centrum biedt een intensieve en maatgerichte behandeling voor cliënten die geen opname vereisen maar nood hebben aan een meer doorgedreven aanpak dan in hun bestaand ambulante netwerk kan worden geboden. Op die manier wil het de cliënten versterken in hun autonomie en hun positie verstevigen in hun onmiddellijke leefomgeving en de ruimere samenleving.

Sonar wil bovenal een herstelstimulerende omgeving zijn voor de revalidanten; een plaats waar de cliënt de mogelijkheden heeft om aan zijn identiteit te werken. Voor dit alles baseert het zich op de theoretische inzichten van herstelondersteunende zorg en psychosociale rehabilitatie en maakt het gebruik van *evidence based* methodieken.

Enkele belangrijke basispijlers van het revalidatiecentrum:

- revalidatieprogramma op maat;
- doelgerichtheid;
- bestendigen en/of uitbouw van een persoonlijk netwerk;
- blijvende betrokkenheid van doorverwijzer en bestaand ondersteunende netwerk (d.m.v. MDO - multidisciplinair zorgoverleg);
- autonomie binnen meerdere levensdomeinen stimuleren;
- aansluiting bij het bestaande aanbod binnen de maatschappij en regionale sfeer van de cliënt zal waar mogelijk gestimuleerd worden en uitgebreid worden in functie van continuïteit.

## Doelgroep

Sonar richt zich tot volwassenen (16-65 jaar) met een psychische kwetsbaarheid die moeilijkheden ervaren op verschillende levensdomeinen en zich willen engageren om een intensief en tijdelijk revalidatieprogramma te volgen.

Aan welke voorwaarden dien je te voldoen om in aanmerking te komen voor de opstart van een revalidatieprogramma van Sonar?

- Je hebt een psychiatrische problematiek en behoort tot de beoogde doelgroep.
- Je ervaart moeilijkheden op verschillende levensdomeinen.
- Je bent tussen de 16 en 65 jaar oud.
- Je bent RIZIV-gerechtigde (in regel met het ziekenfonds).
- Je bent gemotiveerd om aan jezelf te werken.
- Je engageert je om 4 halve dagen naar het centrum te komen.
- Bij de start van het programma wordt er een MDO opgestart (overleg met betrokken hulpverleners en familie of andere belangrijke derden).
- Je hebt voldoende kennis van de Nederlandse taal.
- Je hebt een stabiele verblijfplaats.

## Aanbod

Sonar tracht voor elke revalidant een programma op maat uit te werken. De eerste periode volgt iedereen een basisprogramma waarbij vooral gepeild wordt naar de interesses van de betrokkene en ingeschat wordt wat de basisvaardigheden zijn. Tijdens die eerste periode wordt eveneens een zorgoverleg gepland, met alle betrokken hulpverleners en de revalidant om de doelstelling voor het revalidatieprogramma te bepalen.

Het programma op maat bestaat uit theoretische sessies en praktische sessies. Het aanbod wordt georganiseerd via groepsmodules en individuele begeleiding. De thema's wonen en werken staan centraal binnen het programma dat wordt aangeboden. Daarnaast vormen verschillende themasessies rond herstel de rode draad doorheen het programma. Iedereen volgt een coachgroep die de focus legt op de doelstellingen en matches van het programma met de beoogde doelen. Sommige theoretische sessies zijn educatief van aard, andere zijn meer gericht op een therapeutische context. Vanuit de praktische sessies kan er onderscheid gemaakt worden tussen de arbeidsvoorbereidende elementen in de vorm van ateliers en externe projecten. Daarnaast zijn er praktijkgerichte modules die zich bezighouden met huishoudelijke autonomie. Tot slot zijn er beweegsessies die zich focussen op de balans tussen lichaam en geest alsook fysieke re-integratie.

## Samenwerkingsovereenkomsten

Voor de uitbouw van de arbeidsgerichte projecten werden een aantal externe partners gezocht om enerzijds inhoud te geven aan de werkgerichte ateliermomenten binnen Sonar zelf. Een aantal keren per week wordt er in het eigen atelier van het centrum gewerkt. Zo veel als mogelijk gebeurt dit aan de hand van externe opdrachten; zo zijn er kleinschalige en situationele semi-industriële taken zoals het inpakken van geschenktzakken voor een vrouwenbeweging of het vervaardigen van geboortegeschenken voor een andere vzw. Anderzijds wordt er eveneens 1 à 2 keer per week fysieke arbeid geleverd in een andere context dan de eigen organisatie. Hiervoor werden partners gezocht waar op regelmatige basis opdrachten van logistieke aard kunnen worden uitgevoerd. Zo werd een samenwerkingsovereenkomst gesloten met Museum M en voetbalclub OHL.

Wat samenwerking betreft met de sector, werd ervoor gekozen om binnen verschillende platformen actief te zijn. Voornamelijk in forum F3 werd de werking verankerd. Daarnaast is er een adviesgroep om de evolutie te bewaken. Deze adviesgroep is samengesteld uit verschillende settings vanuit verschillende lijnen, opgericht vanuit een open oproep naar het forum functie 3. Er werd gepoogd een constellatie te bereiken waarin zowel gebruikers als doorverwijzers een stem hebben. Bij de doorverwijzers werd er eveneens rekening gehouden met een goed evenwicht tussen residentiële en ambulante instanties. Regelmatig is er kennisdeling vanuit Sonar met andere partners op eigen initiatief en uiteraard op vraag.

Voor de arbeidscoaching is er heel specifiek gekozen voor een nauwe samenwerking met GTB door van de functie van arbeidscoach een duo-functie te maken waar 50% wordt ingevuld door een GTB-traject begeleider en 50% door een ECHO-trajectbegeleider (categoriaal georganiseerde jobcoaching vanuit de Integratieprojecten Welzijn en Werkgelegenheid IPW).



## Psychosociaal revalidatiecentrum Perron70

**Stationsstraat 70**

**1730 Asse**

**Tel. 0470 02 81 47**

**[philip.pittevils@fracarita.org](mailto:philip.pittevils@fracarita.org)**

**[www.netwerkwonenplus.be/NWP/NL/de\\_raster\\_vzw/revalidatiecentrum/voorstelling/](http://www.netwerkwonenplus.be/NWP/NL/de_raster_vzw/revalidatiecentrum/voorstelling/)**

## Visie en missie/voorstelling

De visie van het RevaSaVHA krijgt vorm zoals hieronder beschreven.

- De visietekst van het goedgekeurde project Artikel 107 Halle Vilvoorde. Deze tekst blijft gelden maar is algemener opgesteld.
- De studie van projecten uit eigen regio en externe revalidatieprojecten.

De operationele uitwerking (uitbouw van programma's, benadering van de doelgroep en het netwerk, aanwerving personeel...) worden aan deze uitgangspunten getoetst. Hierdoor kan een onderbouwde werking ontstaan, gedragen door de verschillende netwerkpartners en personeel.

Het revalidatiecentrum verzorgt een begeleidingsmethodiek die:

- uitgaat van een onderbouwde praktijk (*evidence based*). De kennis van goede praktijken uit binnen/buitenland worden geïntegreerd (bijscholing) en vanuit de realiteit van de eigen regio vertaald. De sterktes van partners worden hierbij maximaal betrokken.
- resultaten opvolgt, evalueert en bijstuurt;
- in- en uitstroom van cliënten opvolgt en bewaakt. Resultaten worden transparant gemaakt door aandacht te hebben voor juiste registraties en door de bevraging van de cliëntevaluatie vanuit zijn ervaring in kaart te brengen. Deze informatie wordt gebruikt voor evaluatie en bijsturing: intern (vanuit de werking) en extern (vanuit netwerk en overheid);
- zijn aanbod spaarzaam aanbiedt. Het zorgaanbod wordt maximaal vanuit de doelstelling van de cliënt opgemaakt, door een kritische, spaarzame aanbieding van zorg, die voldoende sterk is om de doelstelling van rehabilitatie te realiseren. Op deze wijze kunnen een maximaal aantal cliënten gebruik maken van de modules;
- empowerend gericht is en een maximale participatie door cliënten nastreeft: van beleid tot de uitwerking van het individuele zorgtraject.

## Doelgroep

Mensen vanaf 16 jaar wonende in het arrondissement Halle-Vilvoorde of Nederlandstalige Brusselaars met een ernstige psychiatrische kwetsbaarheid die bepaalde vaardigheden willen aanscherpen op één of meer levensdomeinen aan de hand van een intensief trainingsprogramma en die hiervoor voldoende gestabiliseerd zijn.

Sommige problematieken zoals matige of ernstige verstandelijke beperking, ernstig/niet-gestabiliseerd middelenmisbruik en/of neurogeneratieve aandoeningen bemoeilijken de deelname aan het programma.

## Aanbod

Het centrum biedt een intensief revalidatieprogramma aan (richtlijn: 3 dagen per week, hele of halve dagen) in de vorm van trainingen met het oog op het ontwikkelen van vaardigheden, nodig om duurzame verandering teweeg te brengen op het vlak van werk, wonen, persoonlijke autonomie, vrije tijd en sociale contacten. Dit gebeurt zowel individueel als a.d.h.v. trainingen in groep en zowel binnen als buiten het centrum (vaardigheden die in het centrum getraind worden, worden daarna in de praktijk, buiten het centrum ingeoeffend). Hierbij ligt een sterke nadruk op herstel.

Deelnemers volgen een individueel opgesteld trainingsprogramma door keuze uit verschil-

lende modules (modulair programma). Dit modulair programma wordt regelmatig samen met de deelnemer geëvalueerd en eventueel bijgestuurd. Bij het traject is de steun van het gezin uiterst belangrijk. Samen met de deelnemer wordt bekeken hoe familie betrokken kan worden.

Bij het aanbod is er ruimte voor individuele projecten, groepsprojecten en ervaringsdeskundigheid. Zo kan er met een deelnemer een eigen traject uitgewerkt worden waarin hij stappen zet om te leren poetsen of met een computer te werken maar kan een groep deelnemers ook samen aan een doel werken zoals door samen een zomerbar of animatie in een woonzorgcentrum te organiseren. Waar mogelijk kan een deelnemer ervaring of kennis die hij heeft met de andere deelnemers delen.





## Psychosociaal revalidatiecentrum Reval (LITP)

**Ilgatlaan 11  
3500 Hasselt  
Tel. 011 28 68 30  
k.shertogen@groeplitp.be  
www.litp.be**



## Visie en missie/voorstelling

Reval bestaat uit vier centra, verspreid gevestigd in Limburg (Hasselt, Genk, Beringen, Lommel), maar erkend en beschouwd als één centrum met drie antennepunten, onder de benaming Reval-Hasselt. Reval maakt deel uit van LITP vzw, die hoort bij de GroepLITP.

Geïnspireerd vanuit een christelijke mens- en samenlevingsvisie wil Reval een professionele en betrouwbare partner zijn t.a.v. individuele cliënten en netwerkorganisaties, met aandacht voor het ontwikkelen van naadloze zorg aan elke zorgvrager ongeacht afkomst, ideologische of religieuze overtuiging.

Reval wil een antwoord bieden op de hulpvraag van mensen die om psychiatrische redenen zowel in hun functionele mogelijkheden als in hun gevoel van eigenwaarde aangetast zijn. Via een therapieprogramma op maat proberen we de mensen te helpen naar meer zelfrealisatie op verscheidene levensdomeinen.

Het centrum vertrekt in onze benadering van een holistische mensvisie, die het cognitief, emotioneel en motorisch aspect integreert, evenals de mogelijkheden om te participeren/communiceren in een psychosociale context. Gezien deze veelzijdigheid werken we vanuit multi- en interdisciplinair therapieaanbod (eclectisch) en overleg. Daarbij wordt eveneens getracht zoveel mogelijk aandacht te hebben voor factoren uit de leefomgeving van de cliënt.

We werken vanuit een cliëntgericht, herstelondersteunend perspectief en willen zo groeikansen op maat geven, werken naar een open communicatie en een positieve, hoopvolle benadering van problemen. Er wordt van cliënten dan ook een minimale motivatie en bereidheid tot het actief in handen nemen van het veranderingsproces verwacht.

## Doelgroep

Het ambulante aanbod richt zich tot adolescenten en volwassenen die door een psychiatrische problematiek duidelijk gehinderd worden in hun familiaal, sociaal en/of professioneel leven en daarom aangewezen zijn op steun/begeleiding door derden. Daarnaast ook tot mensen die een duidelijke psychosociale weerslag ondervinden ten gevolge van een lichamelijk of cerebraal niet-evoluerende aandoening/niet-aangeboren hersenletsel.

Mensen met een primaire fysieke beperking en/of mentale beperking komen daarentegen niet in aanmerking voor begeleiding. Indien er sprake is van een middelenafhankelijkheid als primair probleem, in die zin dat het het revalidatietraject verhindert, kan begeleiding evenzeer niet.

## Aanbod

We trachten een intensief therapeutisch programma te ontwikkelen dat zowel qua invulling als qua doelstelling van persoon tot persoon kan verschillen. Afhankelijk van de aard van de individuele doelstellingen kan dit gaan van een laagdrempelige daginvulling met focus op resocialisatie en re-integratie, tot een intensief therapeutisch onderbouwde voorbereiding op (her)terwerkstelling en re-integratie (eerder nog heroriëntatie).

Het therapieaanbod is multi- en interdisciplinair uitgebouwd, met een eclectische therapie-invalshoek. Zowel psychotherapeutische als ergotherapeutische en logopedische, psychomotorische en sociotherapeutische visies worden geïntegreerd. De meeste activiteiten

gebeuren in groep, maar er is ook ruimte voor individuele contacten, indien aangewezen.

We vinden motivatie in het vertrouwen in het groeipotentieel van mensen, met inachtnaam van de aanwezige beperkingen. Vanuit een empowerende houding trachten we de cliënt te wijzen op zijn verantwoordelijkheid in het eigen herstelproces en zullen we dat maximaal proberen te ondersteunen.

Er wordt gestreefd naar een gecoördineerde samenwerking met betrokken hulpverleners en andere relevante derden.

### Samenwerkingsovereenkomsten

- Met drie antenepunten ingebed in Zorgnetwerk 'Reling' (= westerhelpt van Limburg), en één in netwerk 'NOOLIM'. Keuze (ook vanuit de bredere Groep LITP) om een actieve rol te spelen in deze netwerken-107. Op niveau stuurgroep, maar ook in de subregionale overlegtafels, indicatiestellingstafels, werkgroep functie 3, etc.
- Arbeidscoach gedetacheerd naar het jobcentrum Reling, dat samengesteld is uit mensen die allemaal (deels) gedetacheerd werden uit zorgvoorzieningen (cfr. tekst die zal verschijnen in Handboek Innovatieve Praktijken 107).
- Op het niveau van de Groep LITP krijgt een 'zorgcircuit rehabilitatie' stilaan vorm. Samen met beschut wonen/dagactivering en de 'vrijtijdstrajectbegeleidster'.
- Verder op casusniveau betrachting om te blijven afstemmen en verleggen met alle betrokken (ex)hulpverleners, deelname Lokaal cliëntoverleg (LCO), etc.
- Streven naar 'warme overdracht' bij afronding, bv. nazorg in het CGG.



## Psychosociaal revalidatiecentrum Validag

Adelberg 62 - 3920 Lommel  
Sabinuslaan 13 - Tongeren  
Tel. 011 54 47 07 of 012 26 14 36  
info@validag.be  
www.validag.be

## Visie en missie/voorstelling

Validag is een centrum voor psychosociale revalidatie dat zich richt tot mensen met een gestabiliseerde psychiatrische problematiek die ondersteuning nodig hebben bij de realisatie van hun persoonlijk herstel. Validag wil samen met personen met een psychiatrische problematiek realistische trajecten ontwikkelen om hun rol thuis, op het werk, in hun vrije tijd en binnen hun sociaal netwerk zo goed mogelijk op te nemen en hun levenskwaliteit te verhogen. De focus ligt op het optimaliseren van iemands mogelijkheden en het compenseren van diens beperkingen door het aanbieden van zorg op maat. De psychosociale revalidatie houdt rekening met de sociale omgeving van de patiënt met het oog op zijn integratie in de samenleving en ziet de patiënt als een actieve participant in dit proces. De opdrachten van het team zijn ook het opnamevermijdend werken en de opvolging van het risico op recidive.

## Doelgroep

Volwassen patiënten, vanaf 18 jaar, met een psychosociale problematiek met een behandelbare functionele beperking in het functioneren in één of meer van volgende domeinen:

- werken/dagbesteding;
- wonen/huishouden;
- communicatie;
- psychomotoriek;
- maatschappelijke integratie;
- persoonlijk gedrag.

DSM IV categorieën: schizofrenie en andere psychotische stoornissen, stemmingsstoornissen, angststoornissen, stoornissen in de impulsbeheersing, persoonlijkheidsstoornissen, aanpassingsstoornissen, gedragsstoornissen.

## Aanbod

Het programma-aanbod dat de revalidatiecentra aanreiken kenmerkt zich door:

- een intensief karakter;
- een geïndividualiseerde aanpak;
- een maatschappelijke relevantie van het programma.

Het programma-aanbod is intensief: 4 halve dagen/week. Revalidatie is een intensieve behandelvorm die verhindert dat mensen een beroep moeten doen op residentiële ziekenhuisopnames of die patiënten activeert om maatschappelijke rollen op te nemen zodat de institutionalisering van zijn zorg beperkt blijft. Dit gebeurt steeds op maat. Het programma-aanbod is voldoende geïndividualiseerd. Dit houdt in dat de patiënt de mogelijkheid heeft om een geïndividualiseerd zorgpakket samen te stellen en voldoende individuele therapeutische contacten aangeboden krijgt. Het programma is ook maatschappelijke relevant. Revalidatie gebeurt maximaal in de samenleving en het programma heeft oog voor maatschappelijke integratie. Dit kan door bv. de regels in het centrum zo veel mogelijk gelijk te schakelen als deze gangbaar zijn in de samenleving, of door in het programma activiteiten aan te bieden die relevant zijn voor de sociale en professionele integratie van de patiënt.

Overzicht van de activiteiten:

- consultatie bij de revalidatiearts en psychiater;
- psychologische ondersteuning;
- assertiviteitstraining;
- stressmanagementtraining;
- groepstherapie;
- sociale begeleiding;
- maatschappelijke integratie-werkgroepen;
- ergotherapie en creatief atelier;
- beroepsvoorbereidende en huishoudelijke training;
- sport, relaxatie en psychomotoriek;
- communicatietraining;
- geheugen- en concentratietraining.

### Samenwerkingsovereenkomsten

Het centrum is geïntegreerd in een netwerk van bestaande voorzieningen en werkt er effectief mee samen:

- algemene ziekenhuizen;
- psychiatrische ziekenhuizen;
- arts-specialisten;
- huisartsen;
- beschut wonen;
- activiteitencentra;
- CGG, CAW...;
- OCMW e.a.;
- NOOLIM – GGZ-netwerk Oost-Limburg- Art. 107;
- RELING – GGZ-netwerk West-Limburg- Art. 107;
- Project Zorgbegeleiding binnen activering van werkzoekenden (TAZbis): GTB;
- SPIL- Overlegplatform GGZ Limburg.





De Appelboom

Behandelingscentrum voor peuters en kleuters met  
een autismespectrumstoornis

Arbeidsstraat 64  
3600 Genk  
Tel. 089 76 34 00  
[info@deappelboom.org](mailto:info@deappelboom.org)  
[www.appelboomke.be](http://www.appelboomke.be)



## Visie en missie/voorstelling

De Appelboom is een dagbehandelingscentrum voor kinderen tussen 2 en 8 jaar met een autismespectrumstoornis (ASS), al dan niet met een verstandelijke beperking. Het gaat om kinderen waarbij ten gevolge van een aangeboren (maar meestal niet-identificeerbare) stoornis in de hersenwerking de ontwikkeling van relaties met anderen, communicatie en verbeelding afwijkend is. Vaak hebben deze kinderen ook belangrijke comorbide en/of secundaire problemen, die de zorgzwaarte vergroten. Intensieve stimulatie en vroegtijdige interventie worden als essentieel beschouwd, waardoor De Appelboom zich wil richten op deze zeer jonge doelgroep.

Het behandelingscentrum De Appelboom werd opgericht in 1979 in Hasselt en is sinds 2011 gevestigd in Genk. De Appelboom wil binnen de autismehulpverlening in Vlaanderen, met een verankering in de provincie Limburg, een unieke plaats innemen. Aan de basis hiervan liggen o.a. de specifieke conventie met het RIZIV, het bijzondere multidisciplinaire werkingskader en het steeds aanpassen en vernieuwen van het behandelingskader aan wetenschappelijk onderbouwde inzichten over autisme.

## Doelgroep

Het centrum richt zich tot kinderen tussen 2 en 8 jaar met een autismespectrumstoornis. Kenmerkend zijn afwijkingen in de sociale interactie, communicatie en verbeelding. De kinderen kunnen lijden aan een verstandelijke beperking. Toch hebben zij voldoende ontwikkelingsmogelijkheden zodat de doelstellingen van de behandeling gerealiseerd kunnen worden. De kinderen kunnen daarnaast ook een belangrijke comorbiditeit vertonen (taalstoornis, motorische stoornis, ernstige ADHD-symptomen of regulatiestoornis, gedragsstoornis...), een bijkomende medische problematiek (epilepsie, gastro-intestinale problemen...) en secundaire problemen (eetproblemen, slaapstoornissen, agressie, automutilatie...).

De Appelboom richt zich vooral tot kinderen met een autismespectrumstoornis met een matige tot ernstige graad van disfunctioneren bepaald door:

- hetzij de ernst van de symptomen van autisme (cfr. categorie matig en ernstig in DSM-V);
- hetzij de bijkomende comorbiditeit en/of secundaire problemen;
- hetzij een combinatie van bovenstaande.

Deze tekortkomingen en de complexiteit en ernstgraad verhinderen de kinderen om in een (zelfs) kleine klasgroep te functioneren of om te leren uit de klassikale en verbale instructies die op school worden gebruikt. Het gedrag van de kinderen heeft vaak ook een zeer grote impact op het gezin, waarbij de balans draagkracht/draaglast in onevenwicht raakt.

## Aanbod

De basis van de behandeling gebeurt in de leefgroepen. De behandeling van de kinderen richt zich op onderstaande belangrijke doelstellingen:

- stimulatie van de communicatie, de sociale ontwikkeling en de spelontwikkeling;
- dagelijks in de leefgroepen. Afhankelijk van het behandelingsplan en de mogelijkheden van het kind kunnen specifieke individuele therapie- en trainingssessies voorzien worden, zoals communicatietraining, logopedie, sociale vaardigheidstraining, emotieherkenningstraining en speltraining;
- stimulatie van de cognitie, zelfredzaamheid en motoriek. Via ergotherapie, kleuterwerk, computertraining, eettraining, zindelijkheidstraining, gericht buitenspel en turnen.

- verbetering van het functioneren van het kind in thuissituatie door nauwe samenwerking met de ouders. Via heen-en-weer schriftje, dagelijkse contacten, ouderbegeleiding, oudercursus, medische begeleiding van het kind;
- het mogelijk maken dat de kinderen na hun opname in De Appelboom niet in een zorginstelling dienen te verblijven, maar in staat zijn om (opnieuw) in het gewoon of buitengewoon onderwijs te functioneren.

Uitgangsbasis van de gehanteerde methodiek bij de werking in De Appelboom is TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped CHildren). Het TEACCH-programma heeft als basis het bieden van duidelijkheid, voorspelbaarheid en structuur aan het kind met autisme. Het doel van deze techniek is om het kind met autisme trachten te laten functioneren op een manier dat het zo onafhankelijk mogelijk in de maatschappij kan staan.

De Appelboom heeft een aantal specifieke kenmerken.

- Belang van vroegbegeleiding en vroeginterventie. Door vroegtijdig — bij voorkeur tussen de leeftijd van 2-4 jaar — met begeleiding en interventie te starten kan er bij kinderen met autisme vroeg ingespeeld worden op hun tekorten (zoals uitbouw alternatieve communicatie, werken aan gerichtheid, gedeelde aandacht en imitatie...), zodat ze nieuwe vaardigheden kunnen aanleren. Hiermee wordt ook voorkomen dat kinderen te lang blijven vasthangen in een verkeerd aangeleerd patroon, wat anders vaak leidt tot secundaire gedragsproblemen. Evidentie toont aan dat vroegdetectie leidt tot een beter functioneren van de kinderen op lange termijn en secundaire problemen kan vermijden. Vooral voor kinderen met een ernstige vorm van ASS is interventie voor de leeftijd van vijf jaar aangewezen.
- Belang van nazorg. Wanneer aan de doelstellingen is voldaan, wordt het kind doorverwezen naar bestaande onderwijsstructuren (gewoon of buitengewoon onderwijs, eventueel ondersteund door een vorm van ambulante begeleiding) of een voorziening voor niet-schoolgaanden. Een doorverwijzing gebeurt gemiddeld gezien na twee jaar behandeling. Deze doorverwijzing wordt in overleg met de ouders voorbereid en uitgevoerd. Na het ontslag van het kind kunnen er enkele follow-up gesprekken met het gezin en de school of andere instanties gepland worden.
- Ernaar streven om het kind binnen zijn thuismilieu te houden. Door vroegtijdig de behandeling van het kind op te starten, de ouders en omgeving zeer nauw mee te betrekken in de begeleiding en ook informatie en handvaten aan te bieden voor het beter begrijpen van het gedrag en de behoeften van hun kind met autisme, probeert De Appelboom de draagkracht van het gezin voldoende groot houden om het kind binnen zijn thuismilieu te laten opgroeien. Dit kan meestal opname in een (semi-)internaat voorkomen.

- Revalidatie beperkt in tijd. De revalidatieduur bedraagt gemiddeld twee jaar. Door het intensieve aanbod (vijf dagen per week) worden aan het kind met autisme voldoende handvaten, vaardigheden en leerstrategieën aangeboden en aangeleerd, zodat het nadien verder kan groeien, ontwikkelen en functioneren in een andere bestaande setting aangepast aan zijn autisme.
- Focus op integratie op school. Er wordt naar gestreefd om op het einde van de revalidatieperiode het kind te integreren in het gewoon of buitengewoon onderwijs. De Appelboom heeft binnen Limburg een goede samenwerking opgebouwd met het bestaande hulpverleningsnetwerk voor kinderen met autisme (scholen voor buitengewoon onderwijs, thuisbegeleidingsdiensten, centra voor ambulante revalidatie (CAR's), kinderpsychiatrie...) zodat er voldoende zicht is op het aanbod. Indien geen integratie in het onderwijs mogelijk is, wordt het kind georiënteerd naar een voorziening voor niet-schoolgaanden.

De expertise van De Appelboom werd de voorbije jaren gedeeld met andere voorzieningen, zodat een goede overdracht en voortzetting van de begeleiding van het kind met autisme zo optimaal mogelijk verloopt. Ook in de verdere toekomst zal De Appelboom zijn kennis verder opbouwen en uitdragen.

- Specifieke ouderbegeleiding en -werking. Het is belangrijk dat de behandeling niet geïsoleerd gebeurt, maar met betrokkenheid van ouders en/of andere familieleden. In functie van opvolging, aanvaarding, dagelijks leven thuis en nazorg worden de ouders sterk betrokken bij de dagelijkse werking in De Appelboom. Dit gebeurt op allerlei vlakken:
  - » Maandelijks oudergesprek: ouders hebben een maandelijks opvolggesprek met een ouderbegeleider binnen De Appelboom.
  - » Informatie over het dagelijks gebeuren via deur-aan-deur contacten met opvoedsters en het heen-en-weer schriftje.
  - » Oudercurcus: gericht op een aantal specifieke autisme-gerelateerde topics.
- Medisch luik binnen de behandeling. De inbedding van de medisch begeleiding en opvolging binnen de setting van de Appelboom biedt een grote meerwaarde.
  - » Bij deze complexe groep van kinderen met autisme zijn er vaak geassocieerde medische problemen (zoals slaapproblemen, eetproblemen, gastro-intestinale problemen, epilepsie, tandverzorging). Onderzoek en uitklaren van de medische problematiek bij deze doelgroep is niet evident door het beperkt kunnen communiceren van (medische) klachten, de beperkte coöperatie bij onderzoek, niet-specifieke uitingsvormen van medische problemen, etc. De mogelijkheid van klinisch onderzoek en klinische opvolging in De Appelboom, waar het kind in alle rust klinisch kan onderzocht worden, ingebed in een anti-specifieke aanpak, biedt een grote opportuniteit.
  - » Secundaire gedragsproblemen vragen soms de noodzaak tot opstart van psychofarmaca. De opvolging van effecten en neveneffecten van gedragsregulerende medicatie kan dan ter plaatse gebeuren.
  - » De zesmaandelijkse herevaluatie en het opstellen van het bilan gebeurt binnen De Appelboom op eenzelfde manier als bij de referentiecentra voor autisme, maar biedt het voordeel dat de kinderen hiervoor niet naar het referentiecentrum hoeven te gaan, maar dat de herevaluatie en de testing kunnen gebeuren in de vertrouwde omgeving.
- Multidisciplinair team. Het centrum werkt met een multidisciplinair, in autisme gespecialiseerd team bestaande uit een kinderpsychiater/neuropediater, kinder- en revalidatiearts, logopedist, ergotherapeut, psycholoog of orthopedagoog, groepschef en opvoedsters ondersteund door algemene directie, secretaresse en huishoudsters.

## Samenwerkingsovereenkomsten

- Lid van SPIL (Samenwerkingsverband Psychiatrische Initiatieven Limburg). Het netwerk kinderen en jongeren heeft verschillende samenwerkingsovereenkomsten en engagementsverklaringen. Hierdoor zijn alle sectoren van kinderen en jongeren betrokken bij het netwerk.
- SEN Steunpunt Expertise Netwerken.
- NOOLIM (art 107 N-Limburg). NOOLIM staat voor het netwerk Geestelijke Gezondheidszorg Oost-Limburg en beslaat de negentien gemeenten van Oost-Limburg, samen goed voor 356.733 inwoners. De partners van NOOLIM hebben samen éénzelfde doel: een kwaliteitsvolle zorg aanbieden aan de patiënt in zijn leefomgeving.
- De Appelboom heeft een samenwerkingsovereenkomst met het UZ Leuven en het kinderpsychiatrisch centrum (KPC) Genk.

De samenwerking heeft het bevorderen van de geestelijke gezondheid (een toestand van lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn) tot doel door een specifiek aanbod van initiatieven en maatregelen gericht op:

- de opvang en begeleiding d.m.v. voorlichting, advisering, begeleiding of educatie van ouders van kinderen met een autismespectrumstoornis;
- de ontwikkeling van expertise m.b.t. de gespecialiseerde diagnostiek – alsook het wetenschappelijk onderbouwen ervan – inzake kinderen met een autismespectrumstoornis in samenwerking met andere hulpverleners en voorzieningen;
- de verdere uitbouw van een gespecialiseerde behandeling van kinderen met een autismespectrumstoornis in samenwerking met andere hulpverleners en voorzieningen;
- de verantwoorde verwijzing van de nodige adviezen, voorstellen, aanbevelingen of studies m.b.t. de vroegtijdige diagnose, specifieke behandeling, etc. van kinderen met een autismespectrumstoornis aan belanghebbende zorg- of onderwijsvoorzieningen.

De partijen willen door dit gemeenschappelijk initiatief de optimale aanwending van de beschikbare middelen realiseren door overlapping in het aanbod van diensten te vermijden, de kwaliteit van de zorgverlening te waarborgen en de werking en het gebruik van de infrastructuur van de partijen te optimaliseren, o.a. door een zo groot mogelijke complementariteit en wederzijdse taakverdeling tussen de betrokken voorzieningen te beogen.



## Centrum voor ontwikkelingstherapie

**Jules Lagaelaan 18  
8800 Roeselare  
Tel. 051 25 08 17  
info@cotroeselare.be  
www.cotroeselare.be**

## Visie en missie/voorstelling

Het COT is een gespecialiseerd revalidatiecentrum voor de ambulante behandeling van jonge kinderen met een complexe ontwikkelingsstoornis en emotionele of gedragsproblemen.

Een multidisciplinair team werkt intensief samen om de kinderen de best mogelijke hulp te bieden en hen optimaal in hun thuismilieu en het gewoon kleuteronderwijs te integreren. De toegepaste revalidatiemethodes en -technieken zijn gebaseerd op jarenlange ervaring en wetenschappelijke inzichten. Alle medewerkers scholen zich voortdurend bij om hun professionele kennis en vaardigheden te vervolmaken.

De ouders zijn voor het COT belangrijke partners die wij actief in de behandeling betrekken. Wij hechten hierbij veel belang aan een warm menselijk contact. Met andere hulpverleners en diensten streeft het COT naar een goede samenwerking met respect voor elkaars deskundigheid en eigenheid.

## Doelgroep

Het COT richt zich tot jonge kinderen (2 ½ tot 6 jaar) met complexe ontwikkelingsstoornissen en emotionele of gedragsproblemen. Ze vertonen ernstige tekorten in hun motorische en taalontwikkeling zonder dat er sprake is van een verstandelijke of een andere op de voorgrond tredende beperking. Ze zijn sociaal angstig, reageren agressief-opstandig of zijn extreem overbeweeglijk. Als ze naar school gaan, dienen de kinderen het gewoon kleuteronderwijs te volgen.

## Aanbod

Het COT biedt een specifiek revalidatieprogramma aan waarin een groepsbehandeling centraal staat. Deze gaat vier keer in de week door en duurt telkens drie uur. Per groep van maximum zeven kinderen zijn er drie begeleiders: een logopediste, een kinesiste en een kleuterleidster. De doelstellingen van de groepsbehandeling zijn het bevorderen van het welbevinden van de kinderen en het stimuleren van hun ontwikkeling en sociaal gedrag.

Op maat van elk kind kan de groepsbehandeling aangevuld worden met individuele logopedie of kinesitherapie.

Het revalidatieprogramma omvat ook intensieve ouderbegeleiding. De ouders krijgen informatie over de problemen van hun kind en leren vaardigheden om ermee om te gaan. Een behandeling in het COT duurt gemiddeld 2 jaar.

## Samenwerkingsovereenkomsten

Feitelijke samenwerking met pediaters/kinderpsychiaters in de regio, huisartsen, centrum voor ontwikkelingsstoornissen, CLB's en scholen, centra voor ambulante revalidatie, thuisbegeleidingsdiensten, etc.





De Dauw

Behandelingscentrum voor autistische  
en psychotische kinderen

Moregemplein 3  
9790 Wortegem-Petegem  
Tel. 055 30 26 12  
info@dedauw.org  
www.dedauw.org

## Visie en missie/voorstelling

De Dauw is een residentieel, kleinschalig en gespecialiseerd behandelingscentrum voor achttien kinderen en jongeren van 2,5 tot 18 jaar dat als dusdanig door het RIZIV is erkend. De Dauw situeert zich op de derde lijn van de gezondheidszorg. Wij bieden een behandeling op middellange termijn (ongeveer drie jaar) en dit onder de vorm van weekinternaat. Ook nazorg is tijdelijk mogelijk.

Doelstelling van onze behandeling is elk kind of elke jongere maximale ontplooiingskansen te bieden met het oog op re-integratie in het thuismilieu en/of bestaande voorzieningen. In onze organisatievorm stellen wij de kinderen en jongeren centraal en streven we naar het creëren van een veilig en warm leefklimaat waarbij opvoedkundige en therapeutische principes elkaar wederzijds stimuleren. Wij voeren een gezins- en mensvriendelijk personeelsbeleid en dragen zorg voor een aangenaam werkklimaat.

Vanuit onze multidisciplinaire ingesteldheid blijven we zoeken naar de meest geschikte aanpak voor de problematiek van elk kind. Hierbij verliezen we de evoluties in wetenschappelijk onderzoek en vernieuwende inzichten vanuit medische, pedagogische en therapeutische invalshoek niet uit het oog.

## Doelgroep

Wij richten ons naar kinderen en jongeren met een autistische, psychotische of aanverwante stoornis die problemen hebben, thuis of in het gewoon of buitengewoon onderwijs, of in een multifunctioneel centrum (M.F.C.), en die baat hebben bij een meer gespecialiseerde en geïndividualiseerde behandeling.

## Aanbod

Wij bieden een gespecialiseerde en sterk geïndividualiseerde behandeling op middellange termijn (ongeveer drie jaar) onder de vorm van weekinternaat (230 dagen/jaar).

## Samenwerkingsovereenkomsten

De Dauw werkt samen met een scala van belendende voorzieningen en diensten. Dit zijn kinderpsychiatrische diensten, CLB's en scholen, multifunctionele centra, jeugdrechtsbanken en diensten voor jeugdbescherming, initiatieven voor dagbesteding en zorgboerderijen.

Dit voor:

- het voorbereiden en realiseren van opnames en doorverwijzingen
- de organisatie van het permanent onderwijs aan huis dat de meesten van onze jongeren genieten (4 uur individueel onderwijs/week)
- voorbereiding terugkeer naar school
- uitbouwen van een sociaal netwerk rond elke jongere
- voorzien in weekendopvang wanneer deze thuis niet kan geboden worden

De Dauw is het enig residentieel revalidatiecentrum voor kinderen en jongeren in Vlaanderen. De cliënten komen dan ook uit zowat alle Vlaamse provincies.





**GAUZZ**

**Centrum voor Gedragsstoornissen bij AUTisme  
en Zware Zorgbehoevendheid**

**Leuvensesteenweg 517  
3070 Kortenberg  
Tel. 0471 10 90 90  
onthaal@gauzz.be  
www.gauzz.be**

## Visie en missie/voorstelling

GAUZZ is een outreach en residentieel revalidatiecentrum voor kinderen en jongeren van 6 tot en met 25 jaar. GAUZZ werkt vanaf drie locaties: Beernem, Kortenberg en Mortsel.

Het doel van GAUZZ is de intensieve revalidatie van personen met een autismespectrumstoornis, die functioneren op het niveau van een matig of ernstig verstandelijke beperking en zeer ernstige gedragsproblemen vertonen. Wij gaan uit van gedeelde zorg, waarbij het einddoel van de revalidatie is dat de persoon opnieuw in het verblijfsmilieu kan functioneren met gepaste zorg voor zijn beperkingen. Daarnaast pogen wij de levenskwaliteit van de persoon en de betrokkenen uit de omgeving te verbeteren, de bekwaamheid van de betrokkenen te verhogen en de frequentie en ernst van de gedragsproblemen te verminderen. De revalidatie is gebaseerd op (kinder- en jeugd)psychiatrische en ortho(ped)agogische principes, in combinatie met psychotherapeutische benaderingen die aangepast zijn aan het ontwikkelingsniveau. De ondersteuning is zoveel mogelijk gebaseerd op *evidence based practice*. Alle interventies worden ingebed in de wisselwerking tussen de persoon en zijn of haar natuurlijke verblijfsmilieu, waarbij het optimaal functioneren van de persoon in dat milieu voorop staat.

## Doelgroep

GAUZZ behandelt kinderen en jongeren van 6 tot en met 25 jaar bij wie de diagnose autismespectrumstoornis is gesteld, die functioneren op het niveau van een matig of ernstig verstandelijke beperking en bij wie er sprake is van langdurige en ernstige gedragsproblemen.

## Aanbod

GAUZZ is een deskundigheidsnetwerk dat outreach en residentieel revalidatie biedt. De revalidatie vertrekt vanuit gegevensverzameling, contextinformatie en observatie van de persoon. Voor elke patiënt wordt een individueel revalidatieplan opgesteld, dat wordt gedeeld met de vertegenwoordigers en de betrokkenen vanuit het netwerk. De intensiteit van de revalidatie is flexibel, getrapt en aangepast aan de zorgbehoefte. Voor elke persoon kunnen er meerdere revalidatieperiodes voorzien worden.

De residentieel unit bevindt zich op twee locaties, één subunit voor jongeren vanaf 11 jaar in Kortenberg en één subunit voor jongvolwassenen tot en met 25 jaar in Mortsel. De outreach unit bevindt zich op drie locaties, namelijk Beernem, Mortsel en Kortenberg. Er is een intense samenwerking tussen alle teams.

De residentieel revalidatie vindt plaats in een behandelunit die gekoppeld is aan een psychiatrische afdeling. De outreach revalidatie vindt plaats in het verblijfsmilieu door een revalidatieteam dat intens contact heeft met de patiënt en de betrokkenen in het netwerk. De patiënten kunnen overgaan van outreach revalidatie naar residentieel revalidatie en vice versa.

## Samenwerkingsovereenkomsten

GAUZZ werkt samen met een scala van voorzieningen en diensten. GAUZZ is ten eerste verbonden met PC Sint-Amedeus Mortsel, UPC KU Leuven en PC Sint-Amandus Beernem.

Vanuit deze locaties werken de outreachteams. In PC Sint-Amedeus en UPC KU Leuven bevinden zich de residentiële behandelunits.

Gedurende de revalidatie werken we samen met het verblijfsmilieu en de reeds aanwezige hulpverlening, zoals (semi)residentiële voorzieningen, thuisbegeleiding, gespecialiseerd onderwijs en/of andere vormen van dagbesteding. Gedeelde zorg is essentieel voor de revalidatie. Indien nodig en gewenst kan meer hulpverlening betrokken worden.

Ten slotte willen wij aansluiten bij en complementair zijn aan diverse bestaande zorgvormen (jeugdhulpverlening, MIC, CAW, K-diensten gespecialiseerd in gedrags- en emotionele stoornis (GES)/verstandelijke beperking, outreachteams, VAPH-diensten en voorzieningen, afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen voor personen met een verstandelijke beperking, consulentenwerking, referentiecentra autisme, Centra voor Ambulante Revalidatie,...).





## Psychiatrisch Centrum Bethanië

**Moeder-Baby-Eenheid**  
**Andreas Vesaliuslaan 39**  
**2980 Zoersel**  
**Tel. 03 380 30 11**  
**pcbethanie@emmaus.be**  
**www.pcbethanie.be**



## Visie en missie/voorstelling

De Moeder-Baby-Eenheid is een behandel eenheid voor moeders die psychische problemen ontwikkelen in de periode rondom en na de bevalling. Naast de behandeling van de moeder is het ondersteunen van de relatie met haar baby de belangrijkste doelstelling van het zorgaanbod. We bieden een geïntegreerd zorgaanbod met aandacht voor de moeder, de ontwikkeling van de baby en de familiale context. De behandeling kan zowel residentieel als ambulantly. Tot heden betekent ambulantly in dagopname. We hebben vanaf 1 januari 2015 de mogelijkheid om outreachend te werken, maar hebben bijkomende behandelingscapaciteit nodig om dit in praktijk te realiseren. Op het einde van de maand mei 2015 is reeds 55 % van de voorziene capaciteit gerealiseerd.

De expertise van de Moeder-Baby-Eenheid is een integratie van volwassenen GGZ en infant mental health in één zelfde multidisciplinair team. De behandeling is in principe kortdurend. We profileren ons verder als een zorgpartner in samenwerking met én ondersteunend naar andere zorgpartners die betrokken zijn in peri- en postnatale zorg.

## Doelgroep

De Moeder-Baby-Eenheid richt zich op (aanstaande) moeders die psychische of psychiatrische problemen ervaren zoals depressie, angststoornissen, aanpassingsstoornissen, psychose, bipolariteit, en onderliggende persoonlijkheidsproblematiek. Exclusie van primaire verslavingsproblematiek en zwakbegaafdheid. De behandeling gebeurt steeds samen met de baby, die een sterk verhoogde kwetsbaarheid heeft voor zijn ontwikkeling, gezien de jonge leeftijd en de psychische problemen van de moeder. Bij opname mag de baby maximum 15 maanden zijn.

## Aanbod

In een kennismakingsgesprek met de betrokken moeder en andere betrokken (zorg) partners, bekijken we of een behandeling op de Moeder-Baby-Eenheid een meerwaarde zou kunnen zijn en/of andere alternatieven voor deze moeder/dit gezin beter aangewezen zijn. Dit gesprek valt buiten de conventie en wordt niet gefactureerd. Momenteel kunnen moeder en baby starten ofwel in residentieel opname ofwel in dagbehandeling. Bij dit laatste komen zij één of meerdere dagen/week naar de behandelingseenheid. Flexibele wisseling van de behandelingsmodules is mogelijk.

Afhankelijk van de noden en de verwachtingen van moeder en baby wordt een behandelingsprogramma opgestart. Dit is multidisciplinair (psychotherapeuten, non-verbale therapeuten, bewegingstherapeut...) en er zijn zowel groeps- als individuele sessies mogelijk.



### Samenwerkingsovereenkomsten

Wanneer er reeds andere zorgpartners betrokken zijn bij aanvang van het behandelingsproces worden deze betrokken in het behandelingsproces. Meestal gebeurt dit door een zorgoverleg met de betrokken partners en het betrokken gezin. In dit zorgoverleg proberen we afstemming te zoeken, zowel met het betrokken gezin als onderling tussen de verschillende partners.

Wanneer er (nog) geen andere zorgpartners betrokken zijn en een langer proces nodig is, zullen we voor het einde van het behandelingsproces de nodige contacten hiervoor leggen, zodat de continuïteit van de zorg zoveel mogelijk behouden blijft.

Onder meer met volgende zorgpartners hebben we structureel (los van cliënten) samenwerkingsafspraken opgebouwd: pediatrie St.-Jozef Malle, Kind en Gezin, infantteam UKJA, CGG's (De Pont, VAGGA, Kempen, De Vest), parelproject, Centra voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning, Centrum voor Integrale Gezinsondersteuning (CIG) De Merode, Beschut wonen De Sprong.







## PZ Sint-Camillus

**Centrum Moeder en Baby**  
**Beukenlaan 20**  
**9051 Sint-Denijs-Westrem**  
**Tel. 09 222 58 94**  
**mail@sint-camillus.be**  
**www.sint-camillus.be**

## Visie en missie/voorstelling

De Moeder-Baby-Eenheid is een behandel eenheid binnen een psychiatrisch ziekenhuis die zich richt op moeders die psychische problemen ontwikkelen in de periode rondom en na de bevalling. Naast de behandeling van de moeder is het ondersteunen van de relatie met haar baby de belangrijkste doelstelling van het zorgaanbod. We bieden een geïntegreerd zorgaanbod met aandacht voor de moeder, de ontwikkeling van de baby en de familiale context.

Naast de behandeling van de problematiek van de moeder is het ondersteunen en optimaliseren van de affectieve band tussen moeder en baby een belangrijke pijler in het behandel aanbod.

De expertise van de Moeder-Baby-Eenheid is een integratie van volwassenen GGZ en *infant mental health* in één zelfde multidisciplinair team. De behandeling is in principe kortdurend. We profileren ons verder als een zorgpartner in samenwerking met én ondersteunend naar andere zorgpartners die betrokken zijn in de peri- en postnatale zorg.

## Doelgroep

De Moeder-Baby-Eenheid richt zich op (aanstaande) moeders die psychische of psychiatrische problemen ervaren zoals depressie, angststoornissen, aanpassingsstoornissen, psychose, bipolariteit, en onderliggende persoonlijkheidsproblematiek. Exclusie van primaire verslavingsproblematiek en zwakbegaafdheid. De behandeling is steeds samen met de baby, die een sterk verhoogde kwetsbaarheid heeft voor zijn ontwikkeling, gezien de jonge leeftijd en de psychische problemen van de moeder. Bij opname mag de baby maximum 12 maanden zijn.

## Aanbod

Het centrum voorziet in ambulante behandeling, dagbehandeling en residentiële behandeling. Ambulante behandeling wordt hier ingevuld als een thuisbehandelingsmodule in combinatie met de mogelijkheid om therapeutische sessies in het centrum te volgen. De ambulante thuisbehandelingsmodule wordt ingezet in Oost- en West-Vlaanderen.

Een soepele schakeling tussen de modules laat toe om het behandel aanbod optimaal af te stemmen op de hulpvraag van het jonge gezin. De psychiater biedt tevens de mogelijkheid voor perinatale consultaties, die weliswaar buiten de conventieregeling vallen.

## Samenwerkingsovereenkomsten

Het Centrum Moeder en Baby houdt contact met de reeds aanwezige hulpverleners en betreft bijkomende hulpverleners indien dit nodig en gewenst is. Het centrum werkt actief samen met diverse partners, voornamelijk met het oog op de continuïteit van de zorg na een traject in één van de aangeboden modules.

Binnen de ambulante module gebeurt het regelmatig dat we de enige betrokken hulpverleners zijn rondom de diade. Het uitbouwen van een netwerk van zorgpartners rondom de diade is dan een prioritaire doelstelling.

Er wordt voornamelijk samengewerkt met de volgende instanties: Kind en Gezin, CKG, CIG, Vertrouwenscentra, CGG, psychologen, huisartsen, thuiszorgdiensten, pediaters, mobiele teams.



Er is regelmatig ad-hocoverleg tussen de beleidsmedewerkers van de twee moeder-baby-eenheden in Vlaanderen. Focus hierbij is vooral het administratief en inhoudelijk afstemmen op elkaar en leren van elkaar.

Onder impuls van het CMB werd er contact gelegd met POPOVGGZ vzw (Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen) en ontstond de vaste werkgroep 'Infants Oost-Vlaanderen'. POPOVGGZ vzw coördineert en werkt faciliterend voor deze groep die ondertussen volgende deelnemers aan de tafel heeft: de infantwerking van de diensten Kinder- en Jeugdpsychiatrie van AZ Nikolaas en van UZ Gent, alle infantteams van de CGG's in Oost-Vlaanderen en de vertegenwoordiger van de CAR kinderen en jongeren uit Oost-Vlaanderen.

De doelstelling van het overleg is in eerste instantie elkaars werking beter leren kennen, kunnen afstemmen op elkaar met het oog op gerichte doorverwijzing en het bundelen van alle initiatieven betreffende IMH zodat het volledige zorgaanbod binnen de regio zichtbaar wordt. Dit overleg vormt een belangrijke stap in het groeien naar een volledig zorgcircuit voor vrouwen die perinataal psychische problemen ervaren. Met perinataal duiden we op de periode vanaf de zwangerschap tot en met het eerste levensjaar van de infant.

In 2015 is er heel wat stroomversnelling gekomen in het opzetten van samenwerkingsverbanden onder impuls van:

- De nieuwe gids Geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren en het inhaken in het netwerk in wording in de provincie Oost-Vlaanderen. Concreet is Centrum Moeder en Baby opgenomen in de template Consult en Liaison.
- De voorgestelde en goedgekeurde resolutie binnen het Vlaams Parlement (15/10/2015) over vroegdetectie, screening en betere toeleiding naar hulpverlening voor de post-partumdepressie. Kind en Gezin heeft begin december 2015 beide MBE's uitgenodigd voor overleg over wederzijdse ondersteuning inzake vroegdetectie en behandeling van perinatale problematiek.

In januari 2016 is er een gesprek geweest op het kabinet Vandeurzen met betrekking tot de eerder genoemde resolutie waarbij het perinatale zorgpad - in ontwikkeling - (een samenwerking van Centrum Moeder en Baby, UZ Gent dienst psychiatrie, gynaecologie, pediatrie, kinder- en jeugdpsychiatrie, wijkgezondheidscentra en Kind en Gezin) werd toegelicht. Er werden middelen gevraagd om dit zorgpad verder te kunnen ontwikkelen (1 VTE master).



**Kompas vzw**

**Minister vanden Peereboomlaan 86  
8500 Kortrijk  
Tel. 056 20 22 10  
jan.theuwen@kompasvzw.be  
www.kompasvzw.be**



## Visie en missie/voorstelling

Kompas vzw en zijn medewerkers wensen een gepaste en persoonsgerichte zorg aan te bieden aan mensen met problemen veroorzaakt door het misbruik van illegale drugs. De behandeling is gebaseerd op het emancipatorisch werken, rekening houdend met principes als subsidiariteit en diversiteit.

Kompas is een opvangcentrum voor druggebruikers in West-Vlaanderen. De vereniging werd in 1986 opgericht met als doel alles te doen wat nuttig is om de belangen (lichamelijk, geestelijk en sociaal) te behartigen van jongeren en volwassenen (15-35 jaar) met problemen door het gebruik van verslavende, illegale drugs.

Kompas is sedert 1989 erkend door het RIZIV en heeft momenteel een erkenning voor twaalf bedden. Kompas beschikt over drie programma's:

- ambulante drugzorg;
- crisisprogramma;
- de Kier.

Daarnaast hebben we ook het project Kompas aan Huis dat een steeds grotere rol begint in te nemen in de werking.

## Doelgroep

Algemeen is de doelstelling van Kompas het opvangen en begeleiden van personen met een drugverslaving. De hoofddoelgroep bestaat dan ook uit personen met een drugverslaving. Daarnaast kunnen ook ouders, partners en andere familieleden bij Kompas terecht met vragen. Zij worden ook regelmatig bij begeleidingen betrokken.

## Aanbod

### - Ambulante Drugzorg Kompas

Via regelmatige gesprekken wordt het druggebruik bekeken en worden de problemen op een rij gezet. Er wordt bepaald hoe ernstig de situatie is, mogelijke oplossingen en alternatieven worden besproken. Deze gesprekken gebeuren individueel met de gebruiker. Hij wordt niet opgenomen zodat zijn normale levensritme niet wordt onderbroken. Indien aangewezen wordt het gezin of de familie ook uitgenodigd.

- Kompas-crisis

Een programma met een opnamecapaciteit van tien bedden. De optimale verblijfsduur is vijf weken.

Dag en nacht is een crisisopvang mogelijk. De gebruiker kan er tot rust komen en onder medische begeleiding lichamelijk ontwennen. Via een therapeutisch programma wordt men geholpen om het besluit te nemen voorgoed met gebruik te stoppen en een nieuw leven op te bouwen. Samen wordt gezocht naar een aangepast vervolgprogramma.

- De Kier

Een resocialisatieprogramma met een opnamecapaciteit van zes bedden. Het residentiële deel duurt vijf maand. Nadien is nazorg mogelijk gedurende zes maand. Centrale uitgangspunten zijn de nog resterende positieve relaties, vaardigheden en verantwoordelijkheidszin bij de ex-druggebruiker. Deze worden geïnventariseerd, uitgebreid of aangevuld. Via individuele werkcontracten wordt er gewerkt op de persoonlijke situatie en achtergronden van de problematiek. Het doel is een haalbare invulling van woonst, werk en vrijetijdssituatie zodat een drugvrije integratie in de maatschappij mogelijk wordt.

- Kompas aan Huis

Kompas Aan Huis (KAH) is een kortdurende, intensieve en aanklampende vorm van hulpverlening die binnen de 24 uur wordt aangeboden aan gezinnen/contexten die zich in crisis bevinden door het middelengebruik van de jongere(n). Waar: Midden-West-Vlaanderen, Zuid-West-Vlaanderen en de Westhoek (= landelijke agrarisch gebied dat zich kenmerkt door beperkt zorgaanbod en mobiliteitsarmoede). Wat: aanpakken van een crisissituatie en het ombuigen van crisis naar positieve verandering.

### Samenwerkingsovereenkomsten

Indien er reeds contacten zijn met hulpverleners worden deze verder onderhouden, indien nodig worden ook externe hulpverleners betrokken bij de behandeling.

De organisatie zelf werkt samen met onder andere: OCMW Kortrijk, Roeselare en Ieper, CGG Roeselare, CAW Menen, Oranjehuis.

Er zijn ook praktische samenwerkingsverbanden met tal van hulpverleningsdiensten, dit voor doorverwijzing, opnames, etc. Dat gaat dan van PAAZ-diensten en artsen tot CLB's, OCMW, CAW, CGG enzovoort.



**[DeSleutel]**  
MENSEN KANSEN GROEIEN

**De Sleutel**

**Jozef Guislainstraat 43 a  
9000 Gent  
Tel. 09 210 87 10  
de.sleutel.info@fracarita.org  
www.desleutel.be**

## De Sleutel - Ambulante hulpverlening

- Dagcentrum in Antwerpen (DCA);
- Dagcentrum in Brugge (DCBG);
- Dagcentrum in Gent (DCG);
- Dagcentrum in Mechelen (DCM);
- Antennes in Aalst, Veurne, Knokke en Blankenberge.

De dagcentra van de Sleutel bieden minimaal de volgende modules aan.

- Module aanmelding. Eenieder die een probleem ervaart i.v.m. gebruik van illegale middelen kan zich telefonisch, schriftelijk, via de website of persoonlijk aanmelden. Bij aanmelding gebeurt een eerste inschatting van de problematiek met het oog op een onmiddellijke verwijzing naar een gepast vervolg.
- Module oriëntatie. Op basis van een uitgebreide screening wordt een advies geformuleerd betreffende de aanpak van de drugproblematiek zoals geschetst bij aanmelding. De screening omvat drie gesprekken, eventueel uitgebreid met een consultatie bij de centrumarts. Indien aangewezen, worden vorige zorgverstrekkers gecontacteerd.
- Module motivatie. Soms heeft de druggebruiker geen tot slechts een beginnende hulpvraag betreffende de vastgestelde drugproblematiek. In individuele gesprekken wordt gewerkt naar het bevorderen van inzicht in de problematiek om aldus de bereidheid tot verandering te verhogen.
- Module individuele behandeling. Individuele gesprekken met het oog op herstel, verandering of behoud van een bepaald niveau van functioneren op het vlak van druggebruik of een daarmee samenhangend leefgebied. Naargelang de aard van de problematiek worden deze gesprekken opgenomen door de drughulpverlener en/of arts, de psychiater, de sociale dienst, de arbeidstrajectbegeleider, de medewerker justitie, de familiewerker, etc.
- Dagwerking. Gericht tot druggebruikers met nood aan structurering en daginvulling. Volledige abstinentie is geen voorwaarde om in de dagopvang van start te gaan. Wel moet de druggebruiker dit als doel willen voorop stellen. In dit groepsprogramma wordt via diverse activiteiten (gespreksgroepen, sportactiviteiten, huishoudelijke activiteiten, informatiesessies, sociale vaardigheidstraining...) intensief motiverend gewerkt
- Gezins- en familiewerking. Waar mogelijk worden familie of andere mensen uit de naaste omgeving van bij de aanmelding betrokken. Ontegensprekelijk vergroot dit de kans op slagen in het werken met de druggebruiker zelf. Daarnaast is het belangrijk dat familieleden van druggebruikers ondersteund worden in hun omgang met druggebruikende familieleden.
- Oudersessies. Het gaat hier om max. drie gesprekken met ouders om jongeren te motiveren stappen te zetten naar de hulpverlening.
- Arbeidstrajectbegeleiding. Richt zich op (ex-)gebruikers van illegale drugs met een hulpvraag op het gebied van arbeid, opleiding en inkomen en/of vrije tijd. De begeleiding bestaat uit individuele gesprekken met de arbeidstrajectbegeleider teneinde mogelijkheden en problemen bij het zoeken en vinden van een opleiding of job in kaart te brengen. Op basis daarvan wordt een voor de cliënt haalbaar traject uitgestippeld richting werk of opleiding.

- Substitutiebehandeling. Kan aangeboden worden aan volwassen druggebruikers met een vraag naar substitutiemedicatie in het kader van fysieke ontwenning van een opiaatverslaving. Op voorschrift van de centrumarts en mits regelmatige consultatie wordt substitutiemedicatie verstrekt. Deze behandeling wordt steeds gecombineerd met participatie in de module motivatie, individuele behandeling of dagopvang.

### De Sleutel - Residentiële hulpverlening aan volwassenen

- Crisisinterventiecentrum (CIC) De Sleutel te Wondelgem (22 bedden)

Het CIC is een motivatie- en veranderingsgerichte crisiswerking. Het centrum biedt een veilige, drugvrije en gestructureerde omgeving. Men richt zich tot volwassenen (+17j) die illegale drugs gebruiken en die zich in een crisissituatie bevinden waarbij residentiële hulp is aangewezen. Zowel personen die op vrijwillige basis als onder justitiële voorwaarden een opname vragen, kunnen er terecht. Bij opname komt de cliënt in de onthaalgroep terecht. Daar wordt de vraag naar verandering in druggebruik bekeken. Een passend plan wordt in overleg met de cliënt opgesteld. Dit plan kan tijdens het verblijf nog gewijzigd worden. Het zoeken naar een geschikte vervolgbehandeling is bij veel cliënten onderdeel van dit plan.

*Principes:*

- structuur: er zijn duidelijke regels en taakverdelingen binnen de groep. Dit geeft duidelijkheid en veiligheid;
- dagplanning: de groep volgt een vaste dagindeling met tal van groepsactiviteiten (gesprekken, sport, huishoudelijke taken, crea-activiteiten, psycho-educatie, etc.);
- groepswerking: de werking is groepsdynamisch en veranderingsgericht. Door in groep te leven leert de cliënt in contact te komen met zichzelf en met anderen.

*Aanmelding.* In deze module beoordelen we de aangemelde hulpvraag (telefonisch of schriftelijk of face-to-face) van de cliënt of een verwijzer. Dit met het oog op een snelle verwijzing naar een geschikte zorgmodule binnen ons eigen aanbod of daarbuiten.

*Onthaalgroep.* Bij opname komt de cliënt in de onthaalgroep terecht. Dit is een kleine groep van maximaal zeven bewoners. De verblijfsduur varieert van 24 uur tot maximaal zeven dagen. De klemtoon ligt op basiszorg, rust en individueel onthaal: de cliënt krijgt de kans om het huis en zijn regels te leren kennen. Er is geen gestructureerde groepswerking. De cliënt heeft de vrijheid om deel te nemen aan lichte activiteiten. Afhankelijk van het afgesproken behandelplan kan de cliënt ten laatste na zeven dagen overgaan naar de oriëntatiegroep.

*Oriëntatiegroep.* Dit is een groep van vijftien bewoners. De verblijfsduur bedraagt ongeveer zes weken. In eerste instantie kan de cliënt in een veilige omgeving én onder medische begeleiding fysiek ontwennen. Hij krijgt meer inzicht in zijn verslavingsprobleem en zijn motivatie voor verandering wordt sterker. De cliënt leert verantwoordelijkheid opnemen voor zijn eigen problemen. Het accent ligt op het opbouwend omgaan met de eigen leefsituatie. De cliënt kan tevens een vraag stellen naar verdere oriëntering en vervolgbehandeling. Hij wordt daarbij ondersteund door een gespecialiseerd team.

- Therapeutische Gemeenschap Merelbeke (TGM) (27 bedden)

De doelgroep zijn volwassenen met een drugverslaving die op meerdere levensgebieden ernstige problemen ervaren. Het doel is het zich maximaal herinschakelen in de samenleving (wonen, werken, relaties, vrije tijd) zonder gebruik van drugs. De totale duur van het programma bedraagt normaliter ongeveer vijftien maanden.

*Module residentieel groepsprogramma.* Het programma is gebaseerd op drie principes:

- het dagelijks samenleven van de cliënten in een gestructureerde omgeving als behandelmethode;
- zelfhulp in therapiegroepen ;
- individuele opvolging van de behandeltrajecten door een multidisciplinair team.

*Module re-integratie.* Activering en ondersteuning op het vlak van budgetbeheer, tewerkstelling/opleiding, vrijetijdsbesteding, uitbouwen sociale contacten. Het programma bestaat uit een residentieel gedeelte (halfweghuis) en daarop volgend een ambulante gedeelte waarbij de cliënt zelfstandig woont.

- Therapeutische Gemeenschap voor dubbeldiagnose Gent (TGG) (15 bedden)

In onze afdeling voor dubbeldiagnose (TGG) richten we ons tot mensen met een zogenaamde 'dubbele-diagnostiek', een samengaan van een afhankelijkheidsproblematiek aan, of misbruik van illegale middelen en een majeure psychiatrische aandoening waarvoor extra zorg in de behandeling noodzakelijk is. De totale duur van het programma bedraagt normaliter maximum één à twee jaar.

Het TGG- zorgaanbod bestaat uit twee modules.

*Aanmelding.* Hier richt men zich in hoofdzaak tot indicatiestelling. Het multidisciplinair team bakent de problematiek af over verschillende leefgebieden. Er wordt gewerkt aan de motivatie tot het volgen van een langdurige, residentieële behandeling. We streven naar veranderingsbereidheid in het omgaan met alcohol- en druggebruik. Er wordt een stabiliteitsproces opgestart naar de psychisch-emotionele klachten. Indien de cliënt niet kan of wenst over te gaan naar het langdurig groepsprogramma wordt een doorverwijzing gerealiseerd.

*Langdurig groepsprogramma.* Hier biedt men een individueel gemoduleerd groepsprogramma, waarbij gestreefd wordt naar een evenwicht tussen enerzijds een confronterende, structurerende en anderzijds een ondersteunende, begrijpende aanpak. De activiteiten beïnvloeden het psychisch, sociaal, emotioneel en somatisch functioneren van de cliënt met het oog op het herstellen, veranderen of behouden van een bepaald niveau van functioneren.

Via het handelplan worden in overleg met de cliënt individuele doelstellingen omschreven voor de verschillende levensgebieden. Deze doelstellingen worden per fase geëvalueerd en aangepast in functie van het persoonlijk groeiproces.

Naast het groepsdynamische gebeuren worden verschillende methodieken gehanteerd: sociale vaardigheidstraining, hervulpreventie, individuele gesprekstherapie, groepspsychotherapie, psycho-educatie en relaxatie. Het programma omvat vier fases.

### **Residentiële hulpverlening aan minderjarigen – kortdurend programma in Eeklo (RKJ)**

Het RKJ richt zich tot jongens en meisjes van 12 tot 18 jaar met een verslavingsproblematiek. Vaak is er sprake van bijkomende problemen op het gebied van de persoonlijke ontwikkeling, psychosociale en/of emotionele ontwikkeling, school en opleiding, relaties, gedrag en/of justitie, gezondheid.

Naast de vaste programmaonderdelen (vooral gericht op algemene doelen) zijn er individuele acties die meer toegespitst zijn op de specifieke noden van de jongere. Programmaonderdelen



binnen deze gestructureerde en drugvrije omgeving zijn: individuele psychodiagnostiek en observaties, psychotherapie, encountergroep, aanleren van sociale vaardigheden, jongens- en meisjesgroepen met aandacht voor seksuele opvoeding en seksuele ontwikkeling, hervалpreventie, intensieve individuele coaching, gezinsbegeleiding en coaching, medische begeleiding en opvolging, leren invullen van vrije tijd, sportactiviteiten en individuele coaching bij het verbeteren van de lichamelijke conditie, onderwijs (i.s.m. UZ-school).

Voor iedere jongere wordt een apart handelplan opgemaakt. De nadruk ligt op het aanleren van vaardigheden, nodig om een drugvrije toekomst uit te bouwen. De individuele doelen van de jongere worden afgetoetst aan de volgende algemene doelen: geen drugs gebruiken, netwerken opbouwen om buiten het drugmilieu gezonde relaties aan te gaan, terug schoollopen of een beroep uitoefenen, een drugvrije vrijetijdsbesteding opbouwen, zich laten leiden door een gezond normen- en waardenpatroon en zich hiernaar gedragen.

### Verschillende fasen

Tijdens de residentiële behandeling doorloopt de jongere verschillende fasen. Het tempo waarop dit gebeurt, kan individueel verschillen, afhankelijk van de mogelijkheden en de inzet van de jongere en de context.

*Intake of informatiefase.* Jongere en omgeving worden geïnformeerd over de werking en de implicaties verbonden aan een opname.

*Startersfase.* De nadruk ligt op stabilisatie. De jongere maakt kennis met het programma en bouwt een band op met zijn begeleiders.

*Denkfase.* De jongere denkt samen met zijn context na over een aantal vragen: 'Welke problemen ondervind ik?' 'Welke stappen moet ik zetten?' 'Over welke vaardigheden beschik ik?' 'Welke vaardigheden moet ik nog aanleren?' Tijdens deze fase ondersteunt de begeleiding de jongere om de motivatie te versterken (via individuele gesprekken en groepsopdrachten). Indien nodig wordt er ook gewerkt op gedragsregulatie.

*Planningsfase.* Samen met de jongere en de omgeving leggen we behandeldoelen vast, vertaald naar de concrete leefwereld. De jongere maakt een draaiboek op waarin hij uitwerkt hoe hij zijn toekomstig leven wil invullen. Hij leert keuzes maken over vrije tijd, school, sociaal netwerk...

*Doefase.* Een verslavingsprobleem los je niet op na enkele maanden. Na de planningsfase zijn een aantal jongeren klaar om de overstap te maken naar ambulante begeleiding. De doefase is een voorbereiding op verdere stappen om zo de kansen op slagen sterk te verhogen.

*Checkfase.* Jongere en omgeving worden op een goede wijze doorverwezen en overgedragen naar een vervolgtraject. Dit is meestal een ambulante drughulpverlening in de buurt van het thuismilieu, soms in combinatie met bijkomende hulp vanuit andere sectoren zoals de Bijzondere Jeugdzorg of GGZ. Drie maand na de afronding maken we samen met de jongeren en omgeving een evaluatie van het behandelproces en van de gemaakte afspraken. Jongeren die in de checkfase hervallen, krijgen steeds voorrang bij een eventuele heropname.

### De Sleutel – activering en werkgelegenheid

De vzw Sociale Werkplaats biedt in Gent en Antwerpen begeleide activeringstrajecten aan binnen twee werkingen:

- een operationele werking, maatwerkbedrijf (“Weerwerk”) met vijf werkploegen van gemiddeld twintig doelgroepmedewerkers binnen renovaties, industriële activiteiten en een groendienst;
- een inhoudelijk en werkgerelateerd voortraject op maat van elke cliënt waar observeren, motiveren, coachen, aanleren – in een werkgerelateerde context – de voornaamste ingrediënten zijn en doorstroom naar de werkplaats de drijfveer.

Doelgroep: laaggeschoolden die lang inactief zijn met een probleem van verslaving aan illegale middelen.

De inhoudelijke werking omvat de volgende modules:

*Arbeidstrajectbegeleiding.* Begeleiding van de cliënt/doelgroepmedewerker tot wanneer die een duurzame en stabiele tewerkstelling heeft.

*Aanmelding.* De aanmelding geeft duidelijkheid over de vraag of een traject naar werk mogelijk is.

- Er is voldoende informatie en we kunnen besluiten dat een traject naar werk (nu) niet haalbaar is: verwijzing naar de *module activering*.
- Er is onvoldoende informatie en we kunnen dus eigenlijk niet beslissen: verwijzing naar de *module observatie*.
- Er is voldoende informatie en we kunnen besluiten dat een traject naar werk haalbaar moet zijn: verwijzing naar de *module screening en oriëntatie*.

*Activering.* Mensen verwerven voldoende stabiliteit op de diverse levensdomeinen en leren basisvaardigheden aan die noodzakelijk zijn om te kunnen werken (op tijd komen, presentatie, houding, etc.).

*Observatie.* We krijgen zicht op een aantal werkgerelateerde competenties en de mogelijke aanwezigheid van professionele persoonlijkheidshandicaps.

*Screening & oriëntatie.* Elf basiscompetenties worden grondig in kaart gebracht. Afhankelijk van de niveaus die worden vastgesteld en van de motivatie van de betrokkene wordt deze georiënteerd naar arbeidszorg, een sociale werkplaats, opleiding of tewerkstelling in het reguliere circuit.

*Arbeidsbegeleiding.* Inhoudelijke ondersteuning en zorg voor de doelgroepmedewerker binnen de operationele werking van de werkplaats.

*Doorstroming.* Elke medewerker-client die tot het maximum van zijn mogelijkheden gegroeid is binnen de verschillende competenties, voldoende stevig staat op technisch niveau en bij wie de verslavingsproblematiek niet langer destabiliserend werkt, stroomt door naar een andere werkgever binnen de sociale economie of het normaal economisch circuit (NEC).







Zorgnet-Icuro  
Guimardstraat 1, 1040 Brussel

[www.zorgneticuro.be](http://www.zorgneticuro.be)  
[post@zorgneticuro.be](mailto:post@zorgneticuro.be)

