



Verbeteren van
de zorgcoördinatie
voor kinderen en jongeren
met een complexe
psychiatrische problematiek

TERUGBLIK OP VIER JAAR
THERAPEUTISCHE PROJECTEN
IN LIMBURG

Mei 2011





INHOUD

> Inhoud	2
> Inleiding	3
> 1 Therapeutische projecten: situering, verloop en cijfers	5
> 2 Knelpunten van de therapeutische projecten	15
> 3 Meerwaarde van de therapeutische projecten	21
> 4 Participatie van cliënten en hulpverleners	23
> 5 De toekomst van de therapeutische projecten	28
> 6 Een casus ter illustratie	29
> Lijst van afkortingen	33
> Noten	35
> Colofon	36



INLEIDING

In Limburg groeide een vijftal jaren geleden de behoefte om de zorgcoördinatie voor kinderen en jongeren met een complexe psychiatrische problematiek te verbeteren.

Het zorgcircuit geestelijke gezondheidszorg kinderen en jongeren, ondersteund door het overlegplatform SPIL, nam het initiatief voor de opstart van therapeutische projecten. In september 2007 gingen deze projecten effectief van start. De FOD Volksgezondheid promoot en financiert deze therapeutische projecten, in samenwerking met het RIZIV.

Samen met de eerstelijnsgezondheidszorg, vertegenwoordigd door de GDT LISTEL, opteerden we voor drie doelgroepen uit verschillende leeftijdsgroepen:

- > kinderen met een reactieve hechtingsstoornis van 0 tot 12 jaar (TP 103)
- > kinderen met een ADHD-ontwikkelingsstoornis van 5 tot 12 jaar (TP 53)
- > en oppositioneel-opstandige pubers en adolescenten ouder dan 12 jaar (TP 54).

Om een goed afgestemd hulpverleningstraject voor deze doelgroepen te realiseren, is intersectoraal overleg tussen verschillende hulpverleners vaak aangewezen.

Via dergelijk overleg volgden we in Limburg gedurende vier jaar 141 gezinnen op met de therapeutische projecten. Aanmeldingen kwamen niet alleen van GGZ-partners. Ook partners van belendende sectoren zagen een meerwaarde in het regelmatig samenkomen rond kinderen en jongeren met een complexe psychiatrische problematiek.

De methodiek van cliëntparticipatie zorgde voor een belangrijke attitudewijziging bij hulpverleners. Ze deinzen nu minder terug om samen met de cliënt en de ouders rond de tafel te zitten. Hulpverleners leerden praten mét de cliënt in plaats van over de cliënt. Cliënt en hulpverlener leerden het effect van gedeelde verantwoordelijkheid ervaren, om samen invloed te hebben op de zorg voor het kind of de jongere.

In dit rapport blikken we terug op vier jaar therapeutische projecten in Limburg. Om te beginnen situeren we de therapeutische projecten, schetsen we het verloop ervan en belichten we cijfers over de caseload. In hoofdstuk twee komen de knelpunten aan bod: knelpunten vanuit de verschillende doelgroepen en knelpunten op organisatorisch vlak. De meerwaarde van de therapeutische projecten schetsen we in hoofdstuk drie. In hoofdstuk vier zoomen we in op één aspect, met name de participatie van cliënten en hulpverleners. Dat doen we onder meer aan de hand van cijfers. Hoofdstuk vijf kijkt naar de toekomst van de therapeutische projecten. Een case ter illustratie, in hoofdstuk zes, rondt het rapport af.



Tot slot. Graag dank ik, in naam van de partners en de medecoördinatoren, alle hulpverleners, ouders en jongeren die op één of andere manier betrokken waren bij de therapeutische projecten voor kinderen en jongeren in Limburg.

Ik dank hen voor hun inzet, engagement en betrokkenheid, voor hun geloof in de meerwaarde van de methodiek, maar vooral ook voor het vertrouwen dat ze gaven doorheen het traject dat we samen aflegden.

[Veerle Umans](#)

[coördinator therapeutische projecten 53 en 54](#)



THERAPEUTISCHE PROJECTEN: SITUERING, VERLOOP EN CIJFERS

In dit eerste hoofdstuk starten we met een situering van de therapeutische projecten. Daarna geven we een korte procesbeschrijving van de vier werkingsjaren. Tot slot presenteren we enkele cijfergegevens over de caseload.

> Situering van de therapeutische projecten

>> De aanzet

In Limburg groeide de behoefte om de zorgcoördinatie voor kinderen en jongeren met een complexe psychiatrische problematiek te verbeteren. Daarom nam het zorgcircuit geestelijke gezondheidszorg kinderen en jongeren, ondersteund door het overlegplatform SPIL, het initiatief voor de ontwikkeling en de opstart van therapeutische projecten. In september 2007 schoten deze projecten effectief uit de startblokken, gepromoot en gefinancierd door de FOD Volksgezondheid, in samenwerking met het RIZIV.

>> Doelgroepen en doelen

Samen met de eerstelijnsgezondheidszorg, vertegenwoordigd door de GDT LISTEL, opteerden we voor drie doelgroepen uit verschillende leeftijdsgroepen:

- > kinderen met een reactieve hechtingsstoornis van 0 tot 12 jaar (TP 103)
- > kinderen met een ADHD-ontwikkelingsstoornis van 5 tot 12 jaar (TP 53)
- > en oppositioneel-opstandige pubers en adolescenten ouder dan 12 jaar (TP 54).

De therapeutische projecten hebben als doel de zorgcoördinatie voor deze specifieke doelgroepen te verbeteren. Het is de bedoeling om overleg te ondersteunen en te bevorderen in functie van een verhoogde continuïteit en meer zorg op maat. Dit gebeurt door het uitwerken van transparante zorgplannen. Daarin worden afspraken gemaakt over de rol van elke betrokken hulpverlener en elke ouder in het zorgtraject van het kind of de jongere. Op deze manier proberen we versnippering van zorg te voorkomen en de zorg af te stemmen op de specifieke noden van het kind of de jongere.



>> Formele en niet-formele partners

De therapeutische projecten bestaan uit formele en niet-formele partners. De formele partners verbonden zich met een samenwerkingsovereenkomst tot een actief engagement in het project. Dit zijn de formele partners: CGG/LITP, DAGG, VGGZ, KPC, PZ Sancta Maria, het gezamenlijk pilootproject Outreaching en LISTEL. De niet-formele partners zijn alle zorg- en hulpverleners van voorzieningen uit de sectoren van Integrale Jeugdhulp.

In de loop van het tweede werkingsjaar werd voorgesteld dat de CLB's zouden toetreden als formele partner. Uit ervaring bleek immers dat elk kind of elke jongere van de doelgroep met problemen kampt op school en/of dat zijn problematiek een specifieke aanpak in de school- of klasomgeving vereist. Het toevoegen van de CLB's als formele partner zou toelaten de schoolcontext te integreren in het overleg en bij de concrete uitwerking van complexe zorgtrajecten. Dit zou ook de samenwerking tussen de geestelijke gezondheidszorg en de CLB's kunnen versterken. Het RIZIV had oren naar deze argumenten en keurde dit voorstel goed.

>> Voorwaarden en modaliteiten

Het RIZIV legde bepaalde voorwaarden en modaliteiten op. Zo moesten er tijdens het eerste jaar van de tenlasteneming vier opvolgvergaderingen plaatsvinden, vanaf het tweede jaar waren nog drie opvolgvergaderingen vereist. Verder moesten er bij een overleg minstens drie formele partners aanwezig zijn om het te kunnen factureren. En om een financiering voor het therapeutisch project te bekommen, was een minimale caseload van 30 nodig (en een maximale caseload van 45). Deze laatste modaliteit bracht enkele knelpunten met zich mee die we verderop bespreken.

>> Deelname van de cliënt

Deelname van de cliënt is een belangrijk aspect in de therapeutische projecten. Daarom streefden we ernaar om bij elk opvolgoverleg alle betrokken hulpverleners met de ouders en de jongere (ouder dan de leeftijd van 12 jaar) rond de tafel te brengen. Dit impliceert het afstemmen van zeer verscheiden agenda's en het vinden van een voor alle betrokkenen neutrale locatie, zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats van de cliënt. Hulpverleners en cliënten ervaren deze werkwijze als zeer zinvol, maar ze vergt veel tijd en energie. Bovendien ontstond zo een knelpunt voor sommige formele partners, met name verre verplaatsingen maken. Dat deed sommige partners afhaken.



> De vier werkingsjaren: procesbeschrijving

>> Het eerste werkingsjaar

>>> TP 103

Verbeteren van de zorgcoördinatie voor kinderen met een reactieve hechtingsstoornis

In de voorbereidende fase van de therapeutische projecten in 2005 en 2006 heerste er consensus over het feit dat deze specifieke doelgroep dringend nood had aan een verbeterd zorgtraject, gericht op vroegtijdige zorgafstemming in een breed veld van zorg- en hulpverlening. Detectie van een reactieve hechtingsstoornis op latere leeftijd perkt de behandelings- en correctiemogelijkheden immers sterk in.

Het projectverloop van het eerste jaar toont evenwel aan dat tijdige detectie van de hechtingsproblematiek en toevoeging van een GGZ-perspectief niet evident zijn. Slechts 6 dossiers werden opgenomen in het project. De zorgverlening van deze zeer jonge kinderen situeert zich dan ook quasi volledig buiten de geestelijke gezondheidszorg: de ambulante geestelijke gezondheidszorg bereikt deze doelgroep niet en er is slechts één residentiële leefgroep voor deze leeftijdscategorie.

Aanmeldingen bleken dus sterk afhankelijk van de niet-GGZ-partners. Maar overleg met de Limburgse coördinatie van de pleeggezinnendiensten leidde niet onmiddellijk tot aanmeldingen. De betrokken diensten wezen nu op de effectiviteit van de bestaande overlegvormen. Nochtans (h)erkende de Limburgse regionale stuurgroep van Integrale Jeugdhulp mede de nood aan zorgcoördinatie voor deze specifieke doelgroep in 2006 en drong ze toen aan om voor deze doelgroep te kiezen.

>>> TP 53

Verbeteren van de zorgcoördinatie voor kinderen met een ADHD-ontwikkelingsstoornis

Er was een contact met het kenniscentrum Zitstil met het oog op een samenwerking voor de doelgroep van kinderen met een ADHD-problematiek. Het lukte echter niet om deze samenwerking verder uit te bouwen. Zitstil deed wel het aanbod om beroep te doen op haar oudergroepen werkzaam in de provincie Limburg.



>>> TP 54

Verbeteren van de zorgcoördinatie voor oppositieel-opstandige pubers en adolescenten

De complexiteit van deze dossiers maakte het erg zinvol om de zorg- en hulpverlening op elkaar af te stemmen. Hieruit blijkt dat sectoroverschrijdend overleg noodzakelijk is en versterkend werkt.

>> Het tweede werkingsjaar

>>> TP 53

Verbeteren van de zorgcoördinatie voor kinderen met een reactieve hechtingsstoornis en voor kinderen met een ADHD-ontwikkelingsstoornis

Bij de start van het tweede werkingsjaar (op 1 april 2008) fuseerden TP 103 (voor kinderen met een reactieve hechtingsstoornis) en TP 53 (voor kinderen met een ADHD-ontwikkelingsstoornis). Reden voor deze fusie: het aantal geïncludeerde dossiers van beide projecten op 31 maart 2008 was te beperkt. Het ging slechts om 6 geïncludeerde dossiers voor TP 103 en 12 dossiers voor TP 53, een totaal van 18 dossiers. Dat was minder dan de vereiste minimale caseload van 30.

Daarom werd het TP 53 aangepast tot "verbeteren van de zorgcoördinatie voor kinderen met een reactieve hechtingsstoornis en voor kinderen met een ADHD-ontwikkelingsstoornis". In september 2008 haalde het project de vooropgestelde caseload van 30 dossiers.

Vanaf september 2008 kwamen de aanmeldingen vanuit belendende sectoren buiten de geestelijke gezondheidszorg (Kind & Gezin, pleegzorg, MPI ...) voor de doelgroep van jonge kinderen met een reactieve hechtingsstoornis pas goed op gang. Dat had twee redenen. Ten eerste, het vergde tijd om de therapeutische projecten voldoende bekend te maken buiten het GGZ-circuit. Ten tweede, het duurde een tijdje vooraleer er vertrouwen was in de meerwaarde van de therapeutische projecten voor deze zeer jonge doelgroep.

Aan het eind van het tweede werkingsjaar bedroeg de caseload reeds 40 dossiers.

Parallel met de oproep naar nieuwe aanmeldingen organiseerden we anonieme casusbesprekingen met CKG, Kind & Gezin en de geestelijke gezondheidszorg.



>>> TP 54

Verbeteren van de zorgcoördinatie voor oppositioneel-opstandige pubers en adolescenten

De vooropgestelde caseload van 30 dossiers werd voor het eerst behaald in juni 2008. Op 31 maart 2009 waren er 34 lopende dossiers.

In de herfst van 2008 bleven de aanmeldingen een tijdje uit. Enkele partners ervoeren de afname van de vragenlijsten voor het KCE als te tijdsintensief. Dat zorgde ervoor dat ze de deelname aan de therapeutische projecten niet meer als een meerwaarde zagen. Hiervoor werd een oplossing gezocht en gevonden, zodat ze het engagement terug opnamen.

Tijdens dit werkingsjaar werden de eerste dossiers stopgezet. Enkele jongeren bereikten na hun inclusie in het therapeutisch project de leeftijd van 18 jaar. Het aanbod om hen verder op te volgen via het therapeutisch project werd niet aangenomen. Het ging om jongeren die onder toezicht van de Jeugdrechtbank staan en niet tekenen voor vrijwillige hulpverlening. Daarom werd (een deel van) de aangeboden hulpverlening voor hen beëindigd en waren er nog onvoldoende partners (of zelfs geen meer) betrokken.

>> Het derde werkingsjaar

>>> TP 53

Verbeteren van de zorgcoördinatie voor kinderen met een reactieve hechtingsstoornis en voor kinderen met een ADHD-ontwikkelingsstoornis

Op het einde van het derde werkingsjaar kampte TP 53 met een te grote caseload. Dit wijst erop dat we TP 103 en TP 53 wellicht te vroeg samenvoegden. Er was meer tijd nodig om de niet-formele partners buiten de geestelijke gezondheidszorg (de facto vooral Kind & Gezin) mee op de kar te krijgen om aanmeldingen aan te brengen.

Naar aanleiding van de anonieme casusbesprekingen groeide de vraag naar een structurele overlegvorm over de problematiek van hechting op provinciaal niveau. Naast de GGZ-diensten en Kind & Gezin werden pleegzorg, OGL Bethanië, Agentschap Jongerenwelzijn, Integrale Jeugdhulp en SPIL (als Limburgs overlegplatform GGZ) mee uitgenodigd. Het overleg had als doel het aanbod voor zeer jonge kinderen met een bedreigde hechting in kaart te brengen.

In samenwerking met SPIL was er op 8 mei 2009 een studievoormiddag over reactieve hechtingsstoornis voor de medewerkers van de GGZ-partners. Gastsprekers waren dokter Peter Emmerij en Annemie Reysen.



>>> TP 54

Verbeteren van de zorgcoördinatie voor oppositieel-opstandige pubers en adolescenten

Tijdens het derde werkingsjaar bleek dat het therapeutisch project voor deze doelgroep een begrip geworden was in Limburg. Doordat de caseload te groot werd, werd het includeren tijdelijk stopgezet. De aanvragen bleven echter komen. Bij elke aanmelding werd overwogen of het een jongere was voor TP 54, dan wel voor TP 47, met name het therapeutisch project voor jongeren met een forensisch profiel.

Waar we in het begin nog twijfelden of de jongere zelf bij het overleg aanwezig kon zijn, nodigden we hem nu systematisch uit. De jongere kon zelf beslissen over zijn/haar betrokkenheid bij het overleg.

>> Het vierde werkingsjaar

>>> TP 53

Verbeteren van de zorgcoördinatie voor kinderen met een reactieve hechtingsstoornis en voor kinderen met een ADHD-ontwikkelingsstoornis

Het verloop van het vierde werkingsjaar lag in het verlengde van het derde werkingsjaar: de aanvragen bleven komen. Er ontstond verwarring bij hulpverleners over het al dan niet stopzetten van het therapeutisch project op de vooropgestelde einddatum van 31 maart 2011. De melding dat TP 53 kon verderlopen, bracht rust bij de hulpverleners. Zo konden de meest complexe dossiers verder opgevolgd worden.

Het structureel overleg over hechting op provinciaal niveau groeide uit tot een groot netwerk waarbij nog andere diensten aansloten (pediater, KOPP OP, jeugdrechters ...). Dit overleg inventariseerde knelpunten en het aanbod. Ook groeide in dit overleg het idee om een project uit te werken. Het concept van dit project, dat gecoördineerd wordt vanuit TP 53, ziet er zo uit: hulpverleners die geconfronteerd worden met een kind van 0 tot 6 jaar waarvoor het traject vastloopt of nog niet goed vastligt, kunnen te rade gaan bij een intervisiegroep.

>>> TP 54

Verbeteren van de zorgcoördinatie voor oppositieel-opstandige pubers en adolescenten

TP 54 volgde vele jongeren verschillende jaren op. Toch werden in het laatste werkingsjaar opvolgvergaderingen stopgezet of op een zeer lage frequentie verdergezet. Maar, in het verlengde



van het derde werkingsjaar zagen hulpverleners de meerwaarde van dit project en kwamen er ook nieuwe aanvragen.

Een grote meerwaarde in dit therapeutisch project was het overleggen samen mét de ouders en de jongere: dit laat hen toe mee hun verantwoordelijkheid op te nemen in de zorg.

Op 17 december 2010 was er een vormingsdag over "community based werken"¹ voor trauma- en vluchtelingenkinderen. Gastspreker was Geert Serneels van Solentra. De GGZ-partners, CLB's, scholengroepen en medewerkers van asielcentra waren hierop uitgenodigd. TP 54 ondersteunde dit vormingsinitiatief omdat het de brug wilde slaan tussen de verschillende initiatieven die met vluchtelingen/asielzoekers werken en de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren van Limburg.

> Cijfers over de caseload

>> De aanmeldingen

In het begin van de therapeutische projecten kwamen de aanmeldingen enkel van de formele partners. Vanaf het tweede werkingsjaar kwamen er ook aanmeldingen van niet-formele partners: CKG, de bijzondere jeugdzorg, het Agentschap Jongerenwelzijn en Kind & Gezin.

Tabel 1 geeft een overzicht van de aanmeldingen per werkingsjaar en per doelgroep, tot en met december 2010. Voor kinderen met een reactieve hechtingsstoornis waren er in totaal 40 aanmeldingen, voor kinderen met een ADHD-stoornis waren er 35. Voor oppositieel-opstandige pubers strandde het totaal aantal aanmeldingen eind 2010 op 72.

> Tabel 1: aantal aanmeldingen per doelgroep tot en met december 2010

	RHS	ADHD	ODD
2007-2008	6	12	25
2008-2009	18	10	21
2009-2010	13	12	14
t.e.m. december 2010	3	1	12
totaal	40	35	72



>> Inclusies

Elk trimester is er een inclusievergadering. Daarop zijn alle formele partners aanwezig. Over elke aanmelding is er een toelichting. Tijdens de inclusievergadering wordt er afgesproken welke formele partner een rol kan opnemen in de opvolgvergaderingen.

In totaal werden 6 aanmeldingen niet geïncludeerd. In enkele gevallen was er geen inclusie omdat de problematiek meer aansluiting had bij TP 47 voor jongeren met een forensisch profiel. Daarnaast was inclusie tijdens het derde werkingsjaar enkele keren onmogelijk omdat de caseload te groot werd.

Een 10-tal dossiers geraakte niet goed opgestart. Administratief zaten deze dossiers wel in het project, maar er kwam geen eerste opvolgvergadering omdat er geen vraag meer was voor overleg.

Grafiek 1 geeft een overzicht van het aantal geïncludeerde dossiers per doelgroep tot en met december 2010. Het ging om 38 dossiers voor kinderen met een reactieve hechtingsstoornis, 34 dossiers voor kinderen met een ADHD-stoornis en 69 dossiers voor oppositieel-opstandige adolescenten.

> Grafiek 1: aantal dossiers per doelgroep tot en met december 2010



>> Opvolgvergaderingen

Het RIZIV legde op dat in het eerste jaar vier vergoedbare overlegmomenten per dossier moesten plaatsvinden en in het daaropvolgende jaar drie overlegmomenten. Vanuit de coördinatie keken we echter vooral naar de noden van het kind of de jongere en zijn context. We hielden ons dus niet strikt aan deze voorwaarden.



>> Betrokkenheid verwijzers Agentschap Jongerenwelzijn

In beide therapeutische projecten ging het vooral om opvolging van complexe dossiers waarbij verschillende hulpverleners over verschillende sectoren heen betrokken waren.

Ouders kenden soms een eigen problematiek. De deelname van deze hulpverleners, weliswaar steeds in overleg met de ouders, bleek dan ook een zinvolle aanvulling.

De minder complexe dossiers konden na enkele overlegmomenten in hun traject verdergaan zonder ondersteuning van het therapeutisch project. De meest complexe dossiers hadden toch een langere opvolging vanuit het project nodig.

In tabel 2 geven we aan in hoeveel dossiers een consulent vanuit het Comité voor Bijzondere Jeugdzorg of de Jeugdrechtbank betrokken was. Deze cijfers leren dat er slechts bij een minderheid – in 31 op 129 dossiers – geen betrokkenheid was van deze verwijzers van het Agentschap Jongerenwelzijn.

> Tabel 2: betrokkenheid van verwijzers naargelang de doelgroep

	RHS	ADHD	ODD	totaal
CBJ	12	14	23	49
JRB	15	6	28	49
geen van beide	10	11	10	31

>> Exclusies

Er waren ook exclusies of stopzettingen van de opvolging door het therapeutisch project. De redenen voor het stopzetten waren divers. Zie hier de belangrijkste en terugkerende redenen:

- > In sommige dossiers was er geen actieve betrokkenheid meer vanuit de geestelijke gezondheidszorg.
- > In andere casussen werd er afstemming tussen verschillende hulpverleners bekomen en kende het zorgtraject een goed verloop.
- > Enkele jongeren bereikten na hun inclusie in het therapeutisch project de leeftijd van 18 jaar. Het aanbod om hen verder op te volgen via het therapeutisch project werd niet aanvaard. Het ging om jongeren die onder toezicht van de Jeugdrechtbank staan en die niet tekenen voor vrijwillige hulpverlening. Daarom werd (een deel van) de aangeboden hulpverlening voor hen beëindigd en waren er nog onvoldoende partners (of zelfs geen meer) betrokken.



- > Tot slot waren er dossiers waar er geen vraag voor opvolging meer was van de ouders, de jongere of de hulpverleners.

KNELPUNTEN VAN DE THERAPEUTISCHE PROJECTEN

Tijdens de vier werkjaren van de therapeutische projecten stootten we uiteraard ook op knelpunten. We inventariseerden deze knelpunten vanuit de clustervergaderingen (georganiseerd door het transversaal overleg), de intervisiemomenten met de Limburgse projectcoördinatoren en praktijkervaringen.

We beginnen met een overkoepelend knelpunt. Daarna komen de knelpunten vanuit de verschillende doelgroepen aan bod. We eindigen met de knelpunten op organisatorisch vlak.

> Een overkoepelend knelpunt: lange wachttijden

Een overkoepelend knelpunt over de doelgroepen heen is de confrontatie van hulpverleners met wachtlijsten. Het probleem van wachtlijsten is niet-sectoraal gebonden. Op casusniveau kregen hulpverleners en kinderen/jongeren te maken met wachttijden die aardig opliepen. Een overzicht:

- > Wachttijden bij diensten voor thuisbegeleiding (zowel BJZ als VAPH) lopen op tot twee jaar.
- > Wachttijden voor een opname in een OBC zijn overbrugbaar voor de jongste kinderen, maar voor lagereschoolkinderen lopen ze op tot anderhalf jaar.
- > Voor het starten van een ambulante speltherapie duurt de wachttijd zes maanden tot één jaar.
- > Wachttijden voor een residentiële behandelopname op een kinderpsychiatrische afdeling variëren tussen de vier en zes maanden.
- > De wachttijd voor een MPI-plaatsing bedraagt minstens een jaar, maar soms langer. Jongeren worden dan ter overbrugging opgenomen in begeleidingstehuizen van de bijzondere jeugdzorg. Gezien de specifieke nood van de jongeren stelt dit de draagkracht van deze teams op de proef. Het team en de jongere gaan nogal eens in crisis, zodat weer nieuwe alternatieven moeten gezocht worden om de juiste zorg te kunnen aanbieden.

> Knelpunten vanuit de verschillende doelgroepen

>> Knelpunten in de hulpverlening voor kinderen met RHS

>>> Signalen van bedreigde hechting niet altijd herkend

Niet iedereen herkent signalen van een bedreigde hechting als zodanig. Een toenemende kennis over hechting doet echter ook de detectie ervan stijgen. De therapeutische projecten lijken daar



een belangrijke bijdrage te bieden, onder meer via het initiëren van een vormingsinitiatief ter ondersteuning van het netwerk rond hechting.

>>> Het probleem van laattijdige detectie

Er heerst een algemene tendens om kinderen zo lang mogelijk buiten de geestelijke gezondheidszorg te houden. Toch is vroegtijdige detectie net heel belangrijk om te kunnen inspelen op een bedreigde hechting. Sectoroverschrijdende samenwerking blijft daarom sterk aangewezen bij kwetsbare gezinnen.

>>> Het nefaste van lange wachttijden en korte, wisselende hulp

Het risico bestaat dat lange wachttijden en korte, wisselende hulpverleningsinitiatieven nefast zijn voor kinderen die reeds een bedreigde hechting hebben.

>>> Nood aan aanpak voor het hele gezin

Kinderen met een bedreigde hechting komen vaak uit complexe gezinssituaties, waar één ouder of beide ouders een eigen, al dan niet psychiatrische problematiek hebben. Er bestaat een grote nood aan een goede en uitgebreide multidisciplinaire (gezins)diagnostiek voor deze gezinnen, met een goed en omvattend hulpverleningstraject voor het hele gezin.

>>> Nood aan een meer gespecialiseerd aanbod

Binnen de geestelijke gezondheidszorg is het begeleiden van jonge kinderen met een reactieve hechtingsstoornis nog weinig uitgebouwd. Het gespecialiseerd aanbod aan begeleiding en behandeling voor deze kinderen en hun context is te beperkt, zowel residentieel als ambulante. Dat heeft lange wachttijden en -lijsten tot gevolg. Er is dan ook nood aan uitbreiding van het bestaande hulpverleningsaanbod en aan nieuwe hulpverleningsvormen voor jonge kinderen (steun-gezinnen, intensieve pedagogische thuisbegeleiding, ouder-kind-interactiebegeleiding ...).

>>> Het belang van opvolging door een kinderpsychiater

Bij de begeleiding van kinderen met een hechtingsstoornis wordt het belang van opvolging door een kinderpsychiater vaak onderschat.



>> Knelpunten in de hulpverlening voor kinderen met ADHD

>>> Nood aan preventie

Er bestaat een grote nood aan preventie voor kinderen met een ADHD-problematiek. Voorkomen dat ze bijkomende problematieken ontwikkelen is cruciaal.

>>> Nood aan meer omvattende hulpverlening bij comorbiditeit

Voor kinderen met ADHD bestaat er een uitgebreid hulpverleningsaanbod, dat inspeelt op heel wat noden. Toch schiet de bestaande hulpverlening vaak tekort, meer bepaald als de ADHD-diagnose niet op zich staat en er sprake is van comorbiditeit. In die gevallen is er nood aan een meer omvattend hulpverleningspakket, dat oog heeft voor de complexiteit die de comorbiditeit met zich meebrengt. Zo is er onder meer nood aan uitbreiding van plaatsen binnen de setting van het OBC.

>> Knelpunten in de hulpverlening voor jongeren met ODD

>>> Nood aan (context)diagnostiek en contextbegeleiding

In de hulpverlening voor jongeren met ODD is een duidelijke en omvattende (context)diagnostiek noodzakelijk. Daarnaast is er ook een grote nood aan omvattende contextbegeleiding met voldoende plaats en ruimte voor de inbreng van jongeren en hun gezin. De hulpverlening hoort goed afgestemd te zijn op de noden van het cliëntsysteem, vertrekkend vanuit een emancipatorisch gedachtegoed. Daarbij moet er oog zijn voor de eigenheden van jongerenculturen, andere culturen ...

>>> Nood aan een hulpverleningstraject op langere termijn

Enmalige, ingrijpende en korte oplossingen blijken niet zo gunstig voor de jongeren op langere termijn. Daarom is het belangrijk om vanuit een duidelijke, omvattende visie een hulpverlenings-traject uit te stippelen op langere termijn. Dit wordt bemoeilijkt door:

- > een groot tekort aan gepaste hulpverleningsvormen voor jongeren
- > de lange wachttijden
- > de nood aan acut ingrijpen bij crisissen.



>>> De inbreng van de geestelijke gezondheidszorg ontbreekt vaak

Het is een belangrijke vaststelling dat de inbreng van de geestelijke gezondheidszorg bij jongeren met de meest complexe ODD-problematieken vaak ontbreekt. Gespecialiseerde omkadering en zorg zijn hier vaak van groot belang voor de betrokkene en zijn omgeving. Ook het belang van opvolging door een kinderpsychiater wordt soms onderschat.

>>> Nood aan ondersteuning voor scholen

Er bestaat een grote nood aan ondersteuning voor scholen in het omgaan met ODD-jongeren.

>> Knelpunten vanuit de verschillende doelgroepen samengevat

Bij de jongste doelgroep, meer bepaald peuters en kleuters, is de weg naar de geestelijke gezondheidszorg vaak nog de allerlaatste optie. Dat is een ernstig knelpunt. Om dit te ondervangen is er provinciaal overleg met de CKG's en de diensten voor pleegzorg in functie van meer parallelle samenwerking en structurele afspraken.

Het grote probleem voor de andere doelgroepen betreft de lange wachttijden en -lijsten bij de GGZ-partners én de diensten in de belendende sectoren. Kinderen en jongeren moeten vaak een traject van tussenoplossingen afleggen vooraleer ze op de juiste plek terechtkomen. Ze krijgen vaak niet onmiddellijk de juiste zorg. Daardoor wordt de draagkracht van ouders overschreden en geraken gezinnen in crisis. Dit heeft nefaste gevolgen voor de kinderen en jongeren.

> Knelpunten op organisatorisch vlak

>> Administratieve werklast

De administratieve werklast zorgt voor druk en verstoort de inhoudelijke projectvoering soms. Om de nood aan administratieve ondersteuning op te lossen, werd in de loop van het tweede werkingsjaar een deeltijdse kracht aangeworven. Hierdoor kan de coördinator het afstemmen van agenda's meer delegeren en meer aandacht geven aan de inhoudelijke vragen.



>> Een vaste vertrouwenspersoon voor ouders en jongere

Het werken met een vaste vertrouwenspersoon voor ouders en jongere in een overleg kan nog beter. Een vaste vertrouwenspersoon ondersteunt de ouders en de jongere door het overleg samen met hen goed voor te bereiden. Tijdens het overleg kan de vertrouwenspersoon hen stimuleren om bepaalde zaken in groep te bespreken.

Voor de jongere kan de vertrouwenspersoon iemand zijn uit de school, uit de instelling waar hij/zij verblijft of een individuele therapeut. Voor ouders die zelf in begeleiding waren, is de persoon die hen begeleidde vaak de vertrouwenspersoon.

De therapeutische projecten zouden het aanbod om een vaste vertrouwenspersoon mee te brengen naar het overleg nog explicieter kunnen stimuleren en sturen.

>> Grote tijdsinvestering voor formele partners

Het RIZIV verwacht dat formele partners mee rond de tafel zitten om vanuit hun expertise mee te denken over de noden van het kind of de jongere in kwestie, ook wanneer ze nog niet betrokken zijn in het hulpverlenerstraject. Die tijdsinvestering is voor de formele partners te groot. Dit knelpunt is specifiek voor de doelgroep van kinderen en jongeren waar hulpverleners uit sectoren buiten de gezondheidszorg veelvuldig betrokken zijn. Het RIZIV geeft aan met dit knelpunt rekening te zullen houden bij het opstellen van nieuwe voorwaarden.

>> Moeilijk om huisartsen te betrekken

Het betrekken van huisartsen in een opvolgoverleg was een belangrijke doelstelling bij de opstart van de therapeutische projecten. Dit blijft echter een zeer zwaar knelpunt.

De meeste huisartsen willen wel telefonisch overleggen en op de hoogte blijven via verslaggeving. Huisartsen die verbonden zijn aan een groepspraktijk maken zich meestal ook vrij voor het opvolgoverleg. Voor huisartsen met een solopraktijk blijkt dit vaak een te grote tijdsinvestering. Opvallend is ook dat huisartsen vaak wel present geven bij een eerste opvolgoverleg maar afhaken vanaf de tweede keer.

Om een balans te vinden in de tijdsinvestering voor de huisartsen, stimuleren we hen om aanwezig te zijn bij het eerste opvolgoverleg en de casus nadien verder op te volgen via telefoon en verslaggeving. Zo kan hun aanwezigheid op het eerste overleg ertoe bijdragen dat ze de betrokken hulpverleners leren kennen.



Kinderpsychiaters die tot de formele partners behoren, zijn sowieso wel aanwezig bij opvolg-overleg. Zelfstandige kinderpsychiaters nemen minder vaak deel, tenzij het overleg op hun praktijk kan plaatsvinden.

>> Het probleem van het beroepsgeheim

Bij de therapeutische projecten zitten verschillende hulpverleners uit verschillende sectoren samen rond de tafel. Dit kan zorgen voor problemen met het beroepsgeheim.

Consulenten verbonden aan de Jeugdrechtbank zijn immers aanwezig om mee het traject te bewaken en te helpen uitvoeren. Deze consulenten hebben een meldingsplicht. Dit kan in sommige casussen erg bedreigend zijn voor de ouders en de andere hulpverleners. Mensen uit scholen, zoals graadcoördinatoren, GON-begeleiders en klastitularissen, zijn niet gebonden aan het beroepsgeheim, maar wel aan het ambtsgeheim. Hulpverleners uit de gezondheidszorg die multidisciplinair werken, zijn gewoon te werken in de context van een gedeeld beroepsgeheim.

Op een overleg zijn dus samen aanwezig: mensen met een meldingsplicht, mensen met een ambtsgeheim en mensen met een medisch beroepsgeheim. Om dit probleem op te vangen, hanteren we in de context van de therapeutische projecten het gedeelde beroepsgeheim en vragen we de deelnemers om vertrouwelijk om te gaan met gevoelige informatie. Verder wijzen we elke deelnemer aan het overleg ook op zijn professionele verantwoordelijkheid²:

- > We raden aan een schriftelijk of mondeling akkoord te vragen van de patiënt en zijn wettelijke voogd. Dat akkoord heeft echter geen enkele juridische waarde: wettelijk gesproken kan de patiënt de professional niet vrijstellen van het beroepsgeheim.
- > De aanwezigheid van de patiënten en de ouders tijdens het overleg staat borg voor de manier waarop informatie wordt uitgewisseld, maar ook dat stelt de professionals niet vrij van het beroepsgeheim.



MEERWAARDE VAN DE THERAPEUTISCHE PROJECTEN

In het vorige hoofdstuk brachten we de knelpunten van de therapeutische projecten in kaart. De clustervergaderingen (georganiseerd door het transversaal overleg), de intervisiemomenten met de Limburgse projectcoördinatoren en praktijkervaringen brachten echter ook de meerwaarde van de therapeutische projecten aan het licht. De meerwaarde is te situeren op drie domeinen: het belang van overleg en coördinatie, de samenwerking tussen geestelijke gezondheidszorg en andere sectoren en de deelname van ouders (en jongere) aan het overleg.

> Het belang van overleg en coördinatie

Zowel op netwerkniveau als op casusniveau zien deelnemers aan de therapeutische projecten de meerwaarde ervan in het belang van overleg en coördinatie bij de uitbouw van een zorgcircuit:

- > Samenwerking op netwerkniveau zorgt voor een duidelijker kader voor het betrokken netwerk en voor de manier van samenwerken rond individuele dossiers. De therapeutische projecten creëren extra kansen in functie van overleg, kennismaking, samenwerking en netwerkvorming.
- > Samenwerking op casusniveau leidt tot een betere afstemming van het zorgtraject en is een belangrijke versterkende en verstevigende factor voor het netwerk.
Overleg en coördinatie geven een belangrijke binding voor de cliënt, zijn omgeving en de betrokken hulpverleners. De ervaring leert dat de neutrale coördinatie een belangrijk instrument is in het streven naar zorg op maat en in functie van de continuïteit van de zorg. Vanuit zijn neutrale positie draagt de projectcoördinator zelf vaak wezenlijk en inhoudelijk bij tot het traject en de (coördinatie van de) hulpverlening voor de cliënt. Daarnaast kan de projectcoördinator vaak optreden als zorgbemiddelaar, contactpersoon of zelfs vertrouwenspersoon van de betrokkenen.

> Samenwerking tussen GGZ en andere sectoren

De therapeutische projecten bieden ook een duidelijke meerwaarde op het vlak van samenwerking tussen de geestelijke gezondheidszorg en andere sectoren van de jeugdhulpverlening:

- > De therapeutische projecten bieden een forum waar expertise-uitwisseling tussen de sector van de geestelijke gezondheidszorg en andere sectoren van de jeugdhulpverlening vorm kan krijgen.



- > Ze bevorderen ook de informatiedoorstroming tussen de geestelijke gezondheidszorg en de andere sectoren binnen de jeugdhulpverlening.
- > Regelmatig overleg tussen de verschillende hulpverleningsactoren kan zorgen voor een gedeelde visie, een gezamenlijke uitvoering van het zorgaanbod, meer langetermijndenken en meer continuïteit rond complexe dossiers.
- > Regelmatig overleg tussen diverse hulpverleningsactoren bevordert ook de wederzijdse samenwerking en afstemming tussen de verschillende hulpverleningsvormen, het zoeken en vinden van oplossingen voor het overbruggen van wachttijden en het gevoel van gedeelde verantwoordelijkheid.
- > Therapeutisch overleg over complexe dossiers verruimt de kijk en laat verschillende visies en perspectieven zien. Actoren krijgen meer oog voor de specifieke problematiek, maar ook voor de gespecialiseerde en omvattende aanpak die nodig is.
- > Gedeelde verantwoordelijkheid en een gedeeld engagement helpen om vol te houden in zeer complexe situaties en bieden meer perspectief.

> Deelname van ouders (en jongere) aan het overleg

Tot slot is ook de aanwezigheid van ouders (en jongere) op de overlegmomenten een meerwaarde van de therapeutische projecten:

- > Ouders en jongeren worden rechtstreeks gehoord en voelen zich daardoor meer betrokken bij het hulpverleningstraject dat rond hen wordt uitgestippeld.
- > De aanwezigheid van ouders en jongeren op het overleg maakt de wederzijdse afstemming tussen hun hulpvraag en het hulpaanbod beter mogelijk.
- > Ouders en jongeren kunnen hun weerstand of onmacht bespreken en delen met de hulpverleners.
- > Doordat ouders en jongeren het engagement van verschillende hulpverleners voelen, voelen ze zich meer gedragen en minder alleen in de problemen die ze ondervinden.
- > Erkenning van ouders en jongeren als partners geeft hen een stem en een mandaat in het beslissingsproces. Dat vergroot de kans op betrokkenheid en responsabilisering.

PARTICIPATIE VAN CLIËNTEN EN HULPVERLENERS

De meerwaarde van de therapeutische projecten ligt onder meer op het gebied van de participatie, zowel van cliënten als van hulpverleners. Op beide aspecten van de participatie gaan we in dit hoofdstuk dieper in, onder meer op basis van cijfergegevens.

> De cliëntparticipatie onder de loep

De therapeutische projecten kenden een groei op het vlak van cliëntparticipatie. Kinderen/jongeren en hun omgeving werden meer en meer erkende partners in het overleg en gingen zich meer aangesproken voelen om actief deel uit te maken van het traject.

Bij TP 53 werd het na een tijd evident dat ouders aanwezig waren tijdens opvolgvergaderingen. Steevast werd ervoor gezorgd dat er iemand aanwezig was die de stem van het kind kon laten horen. Het bleek belangrijk om stil te staan bij de rol van elke betrokken deelnemer, daarover afspraken te maken en hierin diversiteit toe te laten.

Bij TP 54 vonden de eerste overlegmomenten plaats zonder de jongere in kwestie. Op vraag van enkele jongeren zaten eerst de jongeren ouder dan 16 jaar mee rond de tafel. In navolging van het decreet op de rechtspositie van de minderjarige zaten de 12-plussers er in een latere fase ook bij.

De meest nabije hulpverlener, de ouder of de jongere zelf maakt steeds de afweging over het al dan niet bijwonen van het overleg door de jongere.

De meeste ervaringen van de jongeren zijn positief. De jongere ervaart het als een meerwaarde om erbij te zijn. "Het gaat tenslotte over mij", is een veelgehoorde uitspraak.

Deelname van de jongere vraagt wel een goede ondersteuning en voorbereiding van de nabije hulpverleners en het betrokken systeem. Dat was in de praktijk niet altijd even gemakkelijk.

Vooraf afspraken maken over de inhoud en het verloop van het overleg, afgestemd op de mogelijkheden van de jongere en zijn omgeving, bleek geen overbodige luxe. Een degelijke voorbereiding van wat de cliënten willen zeggen of vragen, helpt hen immers.

Met sommige jongeren werd afgesproken dat ze tijdens het overleg, als ze het te moeilijk hadden, een pauze konden nemen om erna weer aan te sluiten. Sommige jongeren verkozen dan weer er enkel op het einde van het overleg bij te zijn. Andere jongeren gaven expliciet de boodschap dat ze niet aanwezig wilden zijn. In dat geval werd heel goed afgesproken wie er terugkoppelde naar de jongere.

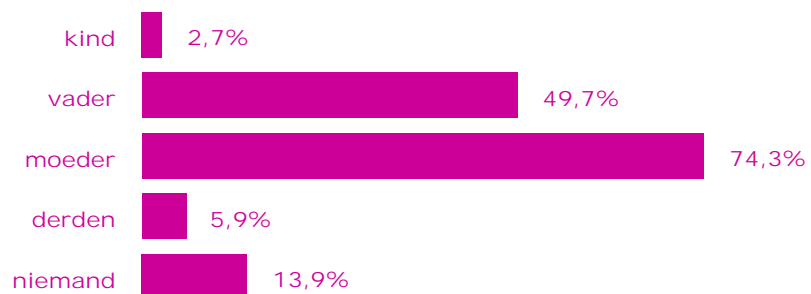


De grafieken 2, 3 en 4 geven zicht op de deelname van de cliënt en zijn omgeving aan het overleg: het kind of de jongere zelf, de vader, de moeder, derden of niemand van hen. "Derden" verwijst naar een familielid, de grootouders, de pleegouders of een voogd.

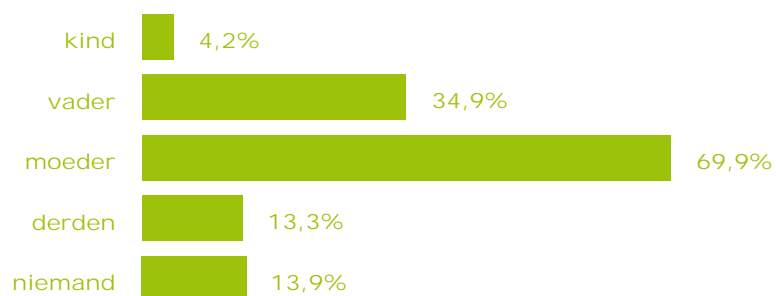
Grafiek 2 belicht de overlegmomenten voor kinderen met een reactieve hechtingsstoornis, grafiek 3 brengt de overlegmomenten voor kinderen met ADHD in kaart en grafiek 4 geeft zicht op de overlegmomenten voor oppositioneel-opstandige adolescenten.

Situaties waarbij er niemand van het cliëntsysteem aanwezig was tijdens een opvolgoverleg, kwamen vooral voor bij de opstart van de therapeutische projecten. Het was toen nog zoeken naar een manier om de ouders en de jongere effectief te betrekken. In enkele dossiers stelden hulpverleners overigens een expliciete vraag om zonder ouders en cliënt samen te komen.

Grafiek 2: cliëntparticipatie in TP-overleg RHS
(187 overlegmomenten RHS voor 38 dossiers)

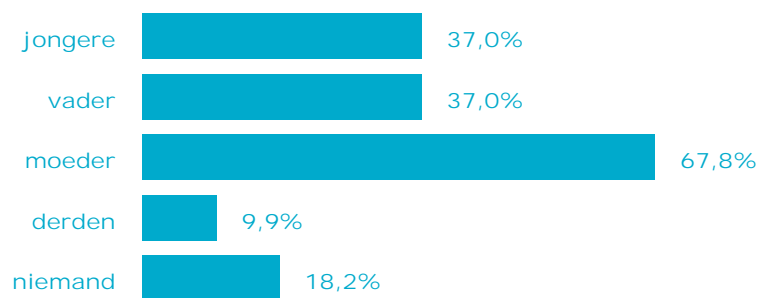


Grafiek 3: cliëntparticipatie in TP-overleg ADHD
(166 overlegmomenten ADHD voor 34 dossiers)





Grafiek 4: cliëntparticipatie in TP-overleg ODD
(292 overlegmomenten ODD voor 69 dossiers)



> De participatie van de hulpverleners onder de loep

Om te schetsen welke hulpverlenende partners er rond de tafel zitten bij overleg, lichten we alle overlegmomenten van het derde werkingsjaar (van april 2009 tot en met maart 2010) eruit. Dat jaar was in diverse opzichten een topjaar: de therapeutische projecten waren ingebed in de organisaties, de meerwaarde werd ingezien, cliëntparticipatie was een evidentie geworden en er waren vele aanmeldingen.

In dat derde werkingsjaar waren er in TP 53 en TP 54 samen 257 overlegmomenten, voor in totaal 100 dossiers. Op deze overlegmomenten waren in totaal 1.310 hulpverleners aanwezig, gemiddeld 5,1 per overlegtafel.

Tabel 3 geeft per categorie van hulpverleners de som van het aantal aanwezige hulpverleners en het percentage aanwezigheid van elke categorie op het totaal aantal overlegmomenten. Mensen uit de context van de school en het CLB waren veruit het meest vertegenwoordigd op de overlegmomenten. Maar ook consultants van het CBJ en de JRB, plus de ambulante en residentiële GGZ-partners waren ook nog in meer dan de helft van de gevallen aanwezig.



Tabel 3: de participatie van hulpverleners in TP-overleg tijdens het derde werkingsjaar

	aantal aanwezigheden	percentage aanwezigheden
school	238	92,6%
CLB	202	78,6%
consulenten CBJ en JRB	164	63,8%
ambulante GGZ	164	63,8%
residentiële GGZ	132	51,4%
VAPH	121	47,1%
BJZ	91	35,4%
welzijn	45	17,5%
huisarts	36	14,0%
Outreaching	36	14,0%
CKG	34	13,2%
zelfstandigen	24	9,3%
pleegzorg	18	7,0%
VK	5	2,0%

Ter verduidelijking bij deze tabel:

- > Bij de school gaat het om de aanwezigheid van leerlingbegeleiders, GON-begeleiders, directeurs, zorgcoördinatoren en effectieve klasleerkrachten (van kleuter- én lagere school).
- > Bij de CLB's is er geen onderverdeling gemaakt per onderwijsnet.
- > Als we het hebben over consulenten, dan gaat het over consulenten van het Comité voor Bijzondere Jeugdzorg én van de Jeugdrechtbank.
- > Ambulante geestelijke gezondheidszorg betreft CGG-LITP, DAGG en VGGZ.
- > Residentiële geestelijke gezondheidszorg betreft de 4 K-diensten van Limburg en enkele PZ-diensten in het kader van begeleiding voor ouders.
- > VAPH betreft alle vormen van hun aanbod, zoals MPI, OGL, thuisbegeleiding LSA-DAB en ook twee MPI's die niet erkend zijn door het Vlaams Fonds (De dageraad en Zonneweelde).
- > Bijzondere jeugdzorg betreft alle mogelijke vormen van hun aanbod, zoals thuisbegeleiding, dagcentra, begeleidingstehuizen, OOOO en BZW.
- > Onder welzijn verstaan we OCMW-medewerkers, CAW, thuiszorg, opvoedingswinkel ...



- > CKG betreft verschillende vormen van hun aanbod: thuisbegeleiding, residentiële opvang en ook de regioverpleegkundigen van Kind & Gezin.
- > Zelfstandigen betreft zelfstandige kinderpsychiaters, psychologen of psychotherapeuten.
- > Pleegzorg zijn alle pleegzorgbegeleidingsdiensten.



DE TOEKOMST VAN DE THERAPEUTISCHE PROJECTEN

Hoofdstuk vijf kijkt naar de toekomst. Het is wachten op een nieuw Koninklijk Besluit voor de verderzetting van de therapeutische projecten na maart 2012. Intussen pleiten de therapeutische projecten voor de verderzetting van de methodiek.

> Wachten op een nieuw KB

Oorspronkelijk werd aangekondigd dat de financiering, zoals de voorbije jaren toegekend, op 31 maart 2011 zou stopgezet worden.

Op basis van de ervaringen en knelpunten van de therapeutische projecten ontwierp het RIZIV de voorbije jaren een nieuwe overlegstructuur met nieuwe voorwaarden. De inwerkingtreding van deze nieuwe vorm moet echter nog bekrachtigd worden met een Koninklijk Besluit. Om een naadloze overgang van het oude naar het nieuwe systeem te garanderen, worden de therapeutische projecten alvast verlengd tot 31 maart 2012. De formele partners engageerden zich trouwens sowieso al om rond kinderen en jongeren met een complexe psychiatrische problematiek overleg te blijven organiseren in Limburg.

> Pleidooi om de methodiek verderzetten

Vanuit het decreet op de rechtspositie van de minderjarige is het betrekken van 12-plussers in hulpverleningstrajecten een cruciaal gegeven geworden. Naast de meerwaarde op het vlak van cliëntparticipatie hebben de therapeutische projecten ook hun meerwaarde op het vlak van coördinatie en samenwerking bewezen. Daarom is het sterk aangewezen om de specifieke methodiek van de therapeutische projecten verder te zetten.

Het doorgeven of overdragen naar het lokaal cliëntoverleg blijkt alleszins niet altijd mogelijk. De LCO-coördinatoren zelf geven immers aan dat ze nog niet voldoende expertise hebben opgebouwd rond kinderen en jongeren. Bovendien is er nood aan expertise vanuit een kinderpsychiatrische invalshoek. Ook deze expertise hebben ze niet.

De stuurgroep van de therapeutische projecten is dan ook vastberaden om het belang van de methodiek te blijven ondersteunen en te ijveren voor verdere financiering bij verschillende overheidsdiensten. Enkel dan kunnen de ontstane zorgcircuits en -netwerken zich verder een weg blijven banen in het Limburgs hulpverleningslandschap.

EEN CASUS TER ILLUSTRATIE

We ronden dit rapport over de therapeutische projecten af met een casus ter illustratie. De casus gaat over Lucy, een meisje van vier op het ogenblik van de inclusie.

Uiteraard zijn bij de bespreking van deze casus namen, data en andere elementen die zouden kunnen leiden tot herkenning, aangepast.

> De aanloop

Lucy is vier en zit in het tweede kleuterklasje. Ongeveer anderhalf jaar geleden is ze geadopteerd uit een Oost-Europees land. Het meisje is op school ieders vriendje, is heel braaf en knuffelt de juffrouw meermaals per dag. Ze vertelt de juf wel verwarrende verhalen over vroeger.

Thuis speelt zich dagelijks een concurrentieslag met haar oudere broertje en zusje af. De "oorlog om aandacht van mama" ontardt tijdens de maaltijden (tot braken toe) en bij het avondritueel. De grenzen van mama en papa worden elke dag opnieuw overschreden.

Na een observatie van zes weken op een afdeling voor kinderpsychiatrie luidt het advies: pedagogische hulp voor de ouders in combinatie met speltherapie voor Lucy, samen met haar broertje en haar zusje.

Op 6 maart 2009 wordt Lucy geïncludeerd in TP 53, het Limburg therapeutisch project voor jonge kinderen met een reactieve hechtingsstoornis.

> Het eerste overleg

Op 29 maart 2009 organiseert de coördinator van TP 53 een eerste overleg over Lucy. Een medewerker van het CLB, de zorgjuf, de kleuterjuf, de ouders, de maatschappelijk werker van het CKG, de psycholoog van de betrokken voorziening kinder- en jeugdpsychiatrie (K-dienst) en de maatschappelijk werker van het CGG-project Kind in Nood zijn aanwezig. De huisarts verontschuldigt zich.

Op het overleg gaat het CGG in tegen het voorstel om speltherapie voor de drie kinderen samen op te starten. Speltherapie is volgens het CGG een individueel aanbod. Daarom stelt het CGG voor om de speltherapie enkel met Lucy op te starten. De ouders geven hun teleurstelling hierover aan. Ze benoemen hoe belangrijk het is dat de drie kinderen leren om samen te spelen en te leven. De K-dienst opteert ook voor een gezamenlijk speltherapiemoment.



Het CLB benadrukt dat de kinderen nood hebben aan therapie en dat er aandacht moet zijn voor de onderlinge interacties.

Uiteindelijk wordt afgesproken dat het CGG-team haar vraag naar individuele speltherapie herbe kijkt en aftoetst of de drie kinderen toch gezamenlijk speltherapie kunnen volgen.

Het CKG kampt met een lange wachtlijst voor thuisbegeleiding waardoor het niet meteen met pedagogische hulpverlening kan starten. Daarom stelt het CKG voor om de kinderen tijdens de paasvakantie enkele dagen op te vangen, ter ontlasting van het gezin en ter overbrugging. Na enige twijfel van de mama gaat iedereen akkoord met dit voorstel.

> Het tweede overleg

Drie maanden later vindt een tweede overleg plaats. De huisarts verontschuldigt zich opnieuw. De K-dienst wenst niet langer deel te nemen aan het overleg omdat hij geen actieve rol meer heeft in het huidige hulpverleningstraject.

De thuisbegeleidingsdienst van het CKG schuift ook mee aan de gesprekstafel, omdat hij door een verschuiving in de wachtlijst sneller kan opstarten met de pedagogische begeleiding.

Het CGG argumenteert waarom toch geen speltherapie voor de drie kinderen samen kan opgestart worden. Het individuele aanbod voor Lucy blijft wel behouden. Lucy wordt hiervoor op de CGG-wachtlijst geplaatst. Er wordt beslist om de vraag voor een therapiemoment voor de drie kinderen samen te stellen aan een zelfstandige therapeut, gespecialiseerd in hechtingsproblematiek. Het CGG coördineert de doorverwijzing.

Om een toegangsticket te verkrijgen tot de bijzondere jeugdzorg, heeft het CGG ondertussen het Comité voor Bijzondere Jeugdzorg ingeschakeld. Het gezin krijgt een consulent toegewezen, die ook op het volgend overleg uitgenodigd zal worden.

De thuisbegeleider geeft aan dat de eetsituatie erg beladen is. De kinderen testen de ouders constant en zelfs onder de ogen van de thuisbegeleider loopt het uit de hand. De school is ook bezorgd over het eetgedrag van Lucy's zusje. Zij gooit tijdens de middagpauze haar boterhammen weg en is erg vermagerd. Om deze gewicht- en eetproblematiek een neutrale en goede opvolging te geven, wordt de huisarts ingeschakeld. De afspraak wordt gemaakt dat de ouders maandelijks met de drie kinderen op consultatie gaan om hen te laten wegen en meten.

De mama geeft aan dat het belangrijk is om met de school en de thuisbegeleider op één lijn te staan. Dat bevordert volgens haar de duidelijkheid en de voorspelbaarheid voor de kinderen.



> Het derde overleg

Bij het overleg in september 2009 zitten de school, het CLB, het CKG en de ouders eerst samen om praktische afspraken te maken over de eetsituaties. Nadien schuiven alle andere partners mee rond de overlegtafel. Naast de pedagogische ondersteuning in de thuissituatie krijgen de ouders het aanbod voor ouderbegeleiding op het CGG. Ook het spoor van de gezamenlijke speltherapie voor de kinderen bij een zelfstandige therapeut wordt opgestart. De consulent van het CBJ wil in een gesprek verschillende hulpverleningsvormen bekijken die nog extra ondersteuning zouden kunnen bieden.

> Het vierde overleg

In januari 2010 wordt de overlegtafel uitgebreid met de huisarts en de zelfstandige therapeut. Niet enkel de situatie van Lucy komt aan bod, maar ook de zorgen van de twee andere kinderen worden meegenomen in het overleg.

Vooraf de school uit haar bezorgdheid over de schoolse prestaties van de twee oudere kinderen. De therapeut geeft aan dat de speltherapie met de kinderen net is gestart. De interactie tussen de kinderen staat hierbij sterk op de voorgrond. Ook de huisarts geeft zijn bevindingen over de situatie mee.

> Het vijfde overleg

In mei 2010 is er een volgend overleg. Daar staat de zorg voor het eetgedrag weer op de voorgrond. De therapie loopt en de school heeft een aanpak gevonden voor de oudere kinderen. Lucy zelf doet het goed in het derde kleuterklasje. De school acht haar schoolrijp om de overstap naar het eerste leerjaar te maken. Er wordt afgesproken om pas na een half jaar weer samen te komen en dan de verdere evolutie te bespreken. De ouderbegeleiding vanuit het CGG gebeurt enkel nog op vraag van de ouders.



> Het zesde overleg

In december 2010 wordt aangegeven dat de twee oudere kinderen emotioneel groeien. Maar het gedrag van Lucy thuis blijft grote zorgen oproepen. Binnen de therapie wordt voorgesteld om met Lucy alsnog een individueel spoor uit te bouwen. Er wordt gedacht aan een opname in een OBC. De ouders twifelen en uiten hun bezorgdheid over de mogelijke reactie van de andere kinderen. De therapeute zal dit verder bespreken in een oudergesprek. De consulent zal alvast de aanmelding doen, omdat er een lange wachttijd is. Op school zijn er geen zorgen. Lucy is goed gestart in het eerste leerjaar. Af en toe vraagt ze, niet altijd op een goede manier, aandacht van de juf, maar met de leerstof kan ze heel goed mee.

Een volgend overleg wordt gepland in maart 2011. Dan zou het voorgestelde spoor verder besproken worden.



LIJST VAN AFKORTINGEN

ADHD

Attention Deficit Hyperactivity Disorder of aandachtstekort-/hyperactiviteitstoornis

BJZ

Bijzondere JeugdZorg

BZW

Begeleid Zelfstandig Wonen

CBJ

Comité voor Bijzondere Jeugdzorg

CGG-LITP

Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg - Limburgs Instituut voor Toegepaste Psychologie

CKG

Centrum voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning

CLB

Centrum voor LeerlingBegeleiding

DAGG

Dienst Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg

FOD Volksgezondheid

Federale OverheidsDienst Volksgezondheid

GDT

Geïntegreerde Dienst voor Thuisverzorging

GGZ

Geestelijke GezondheidsZorg

GON-begeleider

Geïntegreerd ONderwijs-begeleider

IJH

Integrale JeugdHulp

JRB

JeugdRechtBank

KCE

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg

KOPP OP

Kinderen van Ouders met een Psychische Problematiek

KPC

KinderPsychiatrisch Centrum



LCO

Lokaal CliëntOverleg

LSA-DAB

Limburgse Stichting Autisme - Dienst Ambulante Begeleiding

MPI

Medisch Pedagogisch Instituut

OBC

Observatie- en BehandelingsCentrum

ODD

Oppositional Defiant Disorder of oppositioneel-opstandige gedragsstoornis

OGL

Orthopedagogische Groep Limburg

OIOC

Onthaal-, Oriëntatie- en ObservatieCentrum

PZ

Psychiatrisch Ziekenhuis

RIZIV

RijksInstituut voor Ziekte- en InvaliditeitsVerzekering

RHS

Reactieve HechtingsStoornis

SPIIL

Samenwerking Psychiatrische Initiatieven Limburg (overlegplatform GGZ)

TP

Therapeutisch Project

VAPH

Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap

VGGZ

Vereniging Geestelijke GezondheidsZorg

VK

Vertrouwenscentrum Kindermishandeling



NOTEN

1

"Community based werken" is een manier van werken waarbij lokale groepen ondersteuning krijgen om hun eigen behoeften en objecten te definiëren en om collectieve maatregelen te nemen zodat ze deze behoeften kunnen realiseren. Het accent ligt op de participatie van de mensen zelf in het definiëren en realiseren van hun behoeften. (definitie Action for the Rights of Children)

2

Informatie uit het rapport van het transversaal overleg "Procesevaluatie door de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg" van 30 april 2010.



COLOFON

Een uitgave van

Therapeutische projecten
p/a Kinderpsychiatrisch Centrum
Schiepse Bos 8
3600 GENK

Redactie

Chris Vandeweerd en Veerle Umans

Verwerking cijfergegevens

Diana De Gaspari en Marijke Hauben

Partners van het project

KPC, Sancta Maria, LISTEL, VGGZ, DAGG, CGG-LITP, CLB-GO, PCLB, VCLB en Outreaching

Laatste lezing, eindredactie en vormgeving

Koen Snyers | Zeghetmettekst, creatief tekstbureau | zeghetmettekst.be

Mei 2011