



25 oktober 2011

Verslaggeving debat STENT

Panelleden:

- **Dr. Eric Schoentjes**, Afdelingshoofd Kinder- en Jeugdpsychiatrie U.Z. Gent
- **Mevr. Isabelle Quintens**, Regioverantwoordelijke Agentschap Jongerenwelzijn O-VI.
- **Mevr. Lies Vandemaele**, Brugfunctie West- en Oost-Vlaanderen, FOD Volksgezondheid
- **Mevr. Maureen Pollentier**, Directrice van Begeleidingstehuis Stappen
- **Dhr. Luc Van den Berge**, Psychotherapeut RCGG

Moderator:

Raf Opstaele, Voorzitter STENT Oost-Vlaanderen

Verslag:

Caroline Robberecht, stafmedewerker IJH OVI

WAT KUNNEN VOORWAARDEN ZIJN OM TE KOMEN TOT EEN GOEDE SAMENWERKING TUSSEN GGZ EN AJ/BJB?

BJB geeft aan positieve ervaringen te hebben in de samenwerking met GGZ. De vernieuwende initiatieven zijn er gekomen in antwoord op bestaande noden. Er ontbreekt nog een structureel overleg. Dit is nodig om vertrouwen te creëren, elkaars visie te leren kennen en de mogelijkheid te creëren nieuwe initiatieven te laten ontstaan. Er moet oog zijn voor het opnemen van trajectmatige zorg.

Binnen de GGZ komt men ook in contact met jongeren die verblijven in voorzieningen. Men voorziet ook ondersteuning binnen de voorziening. Het is belangrijk te beseffen dat er vanuit GGZ en BJB samengewerkt wordt in dergelijke situaties. Elke daad waar ook gesteld, heeft ook zijn effect bij de andere. Dit is geen kwestie van keuze. Je hebt een impact en in die optiek is het goed te weten hoe het daar werkt. Dit is noodzakelijk voor een goede samenwerking en onontbeerlijk om misverstanden te vermijden. Je moet belangstelling hebben voor de andere organisatie met zijn mogelijkheden en zijn grenzen. Het betreft een multiprobleem cliëntpopulatie en dit op verschillende levensdomeinen. Gezien de problematiek van deze jongeren en soms ook hun context, is het noodzakelijk om met verschillende voorzieningen samen te werken, en dit met respect voor de complexiteit.

Als verwijzende instantie ga je vanuit de overheid interveniëren in opvoedingssituaties waarbij hulp maatschappelijk gezien noodzakelijk geacht wordt. De consultants zetten zich in voor recht op hulp.

Vanuit de brugfunctie komt men in contact met verschillende voorzieningen. Het zijn vaak dezelfde voorzieningen, die voorzieningen die extern gericht zijn met een open blik naar wat rond hen leeft. Door een goede interne organisatie weten zij heel goed waarop zij als voorziening kunnen inspelen. Dit vergemakkelijkt de samenwerking. Als er van de voorzieningen verwacht wordt dat ze heel veel

samenwerken, dan moet er ook rekening gehouden worden met de nood aan mensen om die samenwerking te organiseren. Samenwerking vraagt een grote investering. Binnen voorzieningen moeten mensen vrijgesteld worden om deel te nemen aan extern overleg. Op die wijze brengen ze de buitenwereld naar binnen.

Er is nood aan enige voorzichtigheid bij het inzetten van middelen. Er zou meer overleg moeten zijn rond prioritering van het besteden van de middelen. Het toekennen moet eerlijk verlopen naar aanleiding van een objectieve beslissing en niet naar de luidste roeper gaan.

Als er gesproken wordt over voorwaarden voor samenwerking dan situeert zich dat op 3 niveaus. Je hebt het niveau van het beleid, de sturing; het niveau van de organisaties en het cliëntniveau.

Wat de aansturing betreft, is er een gebrek aan visie die de jeugdzorg integreert in de geestelijke gezondheidszorg. In Vlaanderen brengt de samenwerkingsvorm van IJH heel wat opportuniteiten mee. Het feit dat de kinderpsychiatrie er geen deel van uitmaakt wordt als een gemis ervaren. Dit maakt dat integratie niet altijd evident is.

Bij de mensen die zorg verstrekken aan de jongeren wordt er heel wat goodwill gevonden om samen te werken en elkaar te versterken. Er zou moet gekeken worden naar mogelijkheden in het delen van personeel. Kunnen hiervoor budgetten samengebracht worden om dit personeel te betalen. Gedeeld personeel werkt in beide voorzieningen en zo kan men de brug slaan (kinderpsychiaters).

Op niveau van de cliënt is het model netwerktafels een good practice om met cliënten samen te werken.

Aanvullingen

Als we in de regio in de problemen zitten merken we dat er weinig partners aanwezig zijn. Vooral voor jongeren die werken naar zelfstandigheid en als er bruggen geslagen moeten worden na 18.

Per hof van beroep is een voltijdse brugfunctie aangesteld, brug tussen de voorzieningen GGZ onderling (jongeren onder toezicht van de jeugdrechter), en anderzijds de brug met de andere sectoren. De job bestaat uit 3 delen: informeren en communiceren, bemiddelen en faciliteren, en de signaalfunctie naar de overheid. Een belangrijke beperking, er wordt niet op casusniveau gewerkt. Wat wel opgenomen wordt zijn de situaties die ontstaan naar aanleiding van casus waarbij er een bepaald probleem ontstaat in de samenwerking. Er is vaak een spreiding in het aanbod GGZ. Het betreft gedeelde problemen.

Na 5 jaar samenwerking is er heel wat veranderd op het werkveld. Er is sprake van wederzijds begrip voor de doelgroep, een wederzijdse verrijking. Vroeger was er de tendens, wanneer er problemen waren met betrekking tot GGZ, ging men verwijzen naar meer gespecialiseerde diensten. Nu zien we een evolutie naar meer gespecialiseerde zorg in huis halen. Dit kan op verschillende manieren:

- We merken dat het personeel meer nood heeft aan kennis met betrekking tot GGZ (kennis binnenbrengen)
- Niet te veel outreachend gaan werken. Samen met een team in overleg gaan en er samen over nadenken is veel verrijkender. Dit is een wijziging in de mentaliteit. Niet zo zeer verwijzen maar de expertise bij de interne medewerkers verhogen.

Het is niet de bedoeling om te komen tot super deskundigen. Binnen BJB is er heel veel deskundigheid aanwezig, maar men vergeet het. Men moet verder kunnen met de jongere. Wat opmerkelijk is, is hoe komt het dat vanaf er sprake is van drugs of psychiatrische problematiek, men zijn expertise verliest.

Anderzijds, zijn er grenzen aan wat een voorziening kan. Soms is het voor de veiligheid van andere jongeren/ personeel aangewezen om niet verder te doen.

KOMEN WE NIET TE VEEL OP ELKAARS TERREIN?

Binnen BJB zijn er heel wat projecten, gegroeid uit een nood. Komt men op deze wijze niet te veel op het terrein van het therapeutische?

Er bestaat geen artificiële scheiding tussen jeugdzorg en psychiatrische jeugdzorg. Er is nood aan medewerkers die beide expertises beheersen. Een scheiding is niet werkbaar/vruchtbaar. Vaak is het een kwestie van subsidies. Momenteel heerst vooral de vraag 'Hoe kunnen we er voor zorgen dat het blijft draaien?'. We moeten misschien stilstaan bij de vraag 'Hoe gaan we de bestaande financiële koek gaan herverdelen zodat de financiële middelen optimaal kunnen aangewend worden?'.

Het kan benaderd worden als een continuüm met aan het ene einde het begeleidende en andere einde het therapeutische. We bewegen hierop. Als we voor de keuze staan begeleiden of behandelen, ga voor waar de nood ligt. Het is vaak niet zuiver therapeutisch of begeleidend. In de toekomst zullen we het intersectoraal modulair aanbod hebben.

Het gebruik binnen GGZ van ABFT (Attachment Based Family Therapy) is een invulling van kortdurende thuisbegeleiding. De sector is steeds in beweging. Het is een positief overlevingsmechanisme om binnen BJB therapeutische zaken ontwikkelen. Je bent met mensen aan het werken. Het zou artificieel zijn dit te scheiden gezien de problematiek zich situeert in één persoon. Een groot deel van doelgroep heeft te maken gekregen met verwerping/trauma/... Je hebt iets nodig dat therapeutisch kan werken binnen leefvormen, gezien de jongeren vaak geen context hebben. Begeleiding op zich werkt behandelend (uitwerken van sociale banden,...) Hulpverleners raken vast omdat iets tot een probleem gedefinieerd werd. Deze definiëring gebeurt door hulpverleners en wordt niet altijd zozeer door de jongere ervaren. Gebruik te maken van andere perspectieven laat ons toe andere vragen te stellen. De vraag vanuit voorzieningen zou moeten zijn 'Kom ons helpen andere vragen te stellen, om te komen tot andere kennis aangepast aan de problematiek.'.

Als het gaat over verwaarlozingsproblematiek, gaan kinderen u niet tegemoet treden met vertrouwen. Het pre-therapeutisch werken zal hierbij heel belangrijk zijn. Er zijn heel wat versturende factoren. We ontbreken preventieve maatregelen bij het jonge kind. Er zou veel vroeger gewerkt moeten worden. Heel vroeg interveniëren geeft winst op termijn. Dit zijn gemiste kansen. Dit kan ook doorgetrokken worden naar het werkveld. Momenteel richten we ons tot de hulpverleners die in het werkveld staan. Ook hier geeft vroeger interveniëren winst op termijn. We kunnen hier aan tegemoet komen door dit mee te nemen in de opleidingen. Vanuit de sectoren zou er naar de opleidingscentra gestapt moeten worden om de kennis daar binnen te brengen. Kan Integrale Jeugdhulp hier een taak in opnemen? Het is het lot van Integrale Jeugdhulp om soms te

breed en soms te nauw te zijn. Vaak wordt aangehaald dat er te veel sectoren betrokken zijn om de focus te houden en soms geeft men aan dat het breder moet gaan (cfr. Het niet betrokken zijn van kinderpsychiatrie). Het aanbieden binnen de opleiding zou vanuit Integrale Jeugdhulp gestimuleerd kunnen worden. Inhoudelijk klopt dit, maar is dit aangewezen?

Therapie en therapeutische effecten zijn aanwezig in het gewone werk binnen BJB. BJB heeft reeds eigen expertise ontwikkeld. (bvb. onthemingsprojecten) Terreinafbakening is soms een luxe. Voor voorzieningen is alle hulp welkom.

We merken vaak dat BJB vragende partij is naar ondersteuning vanuit GGZ. Wanneer gebeurt ook eens de omgekeerde beweging? Dit komt reeds tot uiting binnen bij de werking van de outreachteams van GGZ. Door in de voorzieningen binnen te komen doen zij ervaring op binnen BJB. Er is steeds wederzijdse beïnvloeding. De aangereikte handvaten moeten vertaald worden naar de situatie binnen BJB. We moeten bekijken wat de mogelijkheden binnen voorzieningen zijn en dit vraagt investering van voorzieningen. Een andere verklaring kan zijn dat er binnen de GGZ vaak met hooggeschoolde mensen gewerkt wordt, die verondersteld zijn alles te kennen. Reflex om ondersteuning te vragen zou hierbij ondenkbaar zijn. Om iets te willen leren van iemand anders moet je ervan overtuigd zijn dat je het niet weet. Je zit met de jongere in BJB. In GGZ zit je er niet mee. Binnen BJB wordt je verondersteld met de jongere dingen te doen, in GGZ ligt de focus meer op praten. Een begeleiding situeert zich op psychologisch niveau. Als we spreken over het orthopedagogische, moet dit vertaald worden. De waarde van groepscohesie moet in ogenschouw genomen worden. Als er zich individuele problemen voordoen bij jongeren, wordt de leefgroepwerking moeilijker. Behandelend werken zou moeten vertrekken vanuit groepsdynamisch denken. Dit heeft een mentaliteitswijziging nodig. Binnen GGZ is men traditioneel heel individueel therapeutisch gericht. Vertrekken vanuit groepsdynamisch denken is van essentieel belang in het zorgproces. Het is echter niet gemakkelijk om de stap te zetten naar de context. Daarnaast is er een discrepantie in de middelen om dit te kunnen realiseren. Wanneer er contextuele inspanningen geleverd moeten worden, spelen middelen een rol. Laat dit een uitnodiging zijn om er over na te denken hoe we dit kunnen realiseren.

WAT MET DE WACHTLIJSTEN

De Brede Instap als concept moet een antwoord bieden op de wachtlijsten. Het komt tegemoet aan kennis die te maken heeft met processen en aan de wachtlijsten. Op het niveau van de flessenhals het aanbod gaan verbreden is pervers. De hulpverleners binnen RTJ moeten een basispakket aangereikt krijgen zodat de toeleiding naar intersectorale toegangspoort minder zou zijn.

Het verstrekken van algemene informatie en het vergroten van de kennis is noodzakelijk. Het is ieders verantwoordelijkheid om mee zoeken naar expertise buiten sector.

Het centrale wachtlijstbeheer is gestart in 2009. Vanuit beleidsmatig standpunt is dit interessant omwille van de registratie. Daarnaast geldt het democratische principe, chronologie als basisregel. Het verdeelprincipe rond vraag en aanbod binnen schaarste. Het centrale wachtlijstbeheer heeft ook een opdracht in maatschappelijk noodzakelijk geachte hulpverlening waarbij er een uitzondering gemaakt moet worden op de chronologie (werkgroep PRIOR).

Het wachten op hulp mag geen verloren tijd zijn. Er moet gekeken worden op welke manier deze tijd nuttig kan aangewend worden. Is na een lange wachtperiode die hulp nog waardevol?