

Voorwoord

Ggazet wijdt dit nummer aan integraal samenwerken. Twee artikels geven een concreet voorbeeld van hoe samenwerken tussen de sectoren in de praktijk kan verlopen.

In het eerste artikel is Jenka Mommerency, de medewerker van CGG Mandel en Leie die gedetacheerd werd aan vzw Samenspel, aan het woord. Zij beschrijft hoe zij haar functie als begeleider binnen een sociaal cafetaria vervult en geeft een beeld van de gespreksgroep die ze in de 'Ommegang' organiseert.

In het tweede artikel beantwoordt Annick Dobbelaere de vraag '**Wat is wingg cross-link?**' Een netwerk voor consult en liaison. Er wordt uit de doeken gedaan hoe en voor wat je op hen beroep kunt doen wordt. Een must voor iedereen die met hulp biedt in probleemsituaties bij kinderen en jongeren.

Tenslotte gaat Filip Vanneste in op de huidige structuur van de ambulante hulpverlening. Hij beschrijft hoe die heel versnipperd is, ondanks de fusies. Hij pleit voor een lokale organisatie van de zorgverlening.

Wij wensen jullie alvast veel leesgenot.

De redactie.

Redactieleden

Hans De Baene | AZ Sint-Lucas Brugge | Hans.debaene@stlucas.be | 050/36 99 18
Barbara Nolf | WINGG Roeselare | barbara.nolf@wingg.be | 0486/12 11 02
Olivier Peene | PZ H. Familie Kortrijk | olivier.peene@pzhfamilie.be
Mia Ramboer | CGG Mandel en Leie Izegem | mia.ramboer@cggml.be | 056 23 00 21
Johan Vancoillie | Kliniek Sint-Jozef Pittem | johan./vancoillie@sjp.be | 051 46 70 41
Filip Vanneste | CGG Mandel en Leie Izegem | filip.vanneste@cggml.be | 056 23 00 21
Virginie Blicck | PZ H. Hart Ieper | mta@ggz-ieperdiksmuide.be | 057 23 91 85 | 0471 34 07 96
Jozef Verbrugghe | jozef.verbrugghe@telenet.be

Vormgeving en administratie:
Jacqueline Delodder | jacqueline.delodder@sjp.be
Mia Ramboer | mia.ramboer@cggml.be

Intersectoraal samenwerken - CGG Mandel en Leie en VZW Samenspel

Jenka Mommerency, CGG Mandel en Leie Izegem

Sinds 2016 wordt vanuit het CGG voor 4 uur per week vorm gegeven aan de intersectorale samenwerking met vzw Samenspel. Het is een boeiend en leerrijk samenwerkingsverband waarin 2 verschillende diensten elkaar ontmoeten en samenwerken, in onderlinge afstemming op elkaar.

VZW Samenspel

VZW Samenspel is een overkoepelende vzw en omvat Beschut wonen, Psychiatrische Zorg in de Thuisituatie en Activering (arbeidszorg in 'Den Tatsevoet' en ontmoeting en vrije tijd in 'Den Omgang').

De samenwerking tussen CGG Mandel en Leie en Samenspel situeert zich in het aanbod activering en meer specifiek in 'Den Omgang'. 'Den Omgang' is best te omschrijven als een sociaal cafetaria. Er is begeleiding mogelijk, daar waar die nodig is, maar ook niet meer dan nodig.

Men helpt mensen met een psychische kwetsbaarheid met het zoeken naar een zinvolle invulling op verschillende domeinen. Bezoekers kunnen er terecht voor een leuke babbel, een gezellig samenzijn en kunnen zich tegoed doen aan het lekkers dat voorzien wordt door de medewerkers van Den Tatsevoet.

Den Omgang beoogt op een laagdrempelige manier een gevoel van "thuiskomen" aan te bieden. Het is een plek waar lotgenoten elkaar ontmoeten en waar ze hun krachten tot ontplooiing kunnen brengen. Wie dat wenst is welkom om deel te nemen aan de bezoekersraad. Dit is een bijeenkomst waarin bezoekers betrokken worden in het plannen van activiteiten of zelf een activiteit kunnen uitwerken (vb. een muziekquiz, een creatieve activiteit...)

De werking wordt gedragen door professionele begeleiders, maar ook vrijwilligers en lotgenoten kunnen taken op zich nemen. De focus ligt op de capaciteiten en de krachten van de bezoekers. Dit maakt Den Omgang een plaats waar professionelen, vrijwilligers en lotgenoten samen zijn, elkaar ontmoeten, aanvullen en ondersteunen. Zo is iedereen mee verantwoordelijk voor het reilen en zeilen van de werking, de activiteiten die aangeboden worden én de sfeer die er heerst.

Samenwerking met het CGG

Het takenpakket die de gedetailleerde CGG-medewerker op zich neemt is zeer divers. Enerzijds is zij aanwezig op de teamvergaderingen. Dit is niet alleen een meerwaarde voor de cliënt, maar ook voor de be-

treffende hulpverlener. Vanuit een gedeelde zorg voor het doelpubliek, leren twee diensten elkaar beter kennen, zien ze elkaars sterktes en beperkingen, waardoor ze gericht kunnen samenwerken, wat uiteindelijk de cliënt ten goede komt.

Naast haar aanwezigheid op het team, krijgt de CGG-medewerker een functie binnen de directe cliëntgebonden bezigheden van het team. Zij is regelmatig als begeleidster ter beschikking op de openingsmomenten van het cafetaria. Hierdoor vervult ze een brugfunctie en is er een laagdrempelige bereikbaarheid van CGG-expertise voor de bezoekers.

In deze visie staat gedeelde zorg centraal, met voorop de noden van de cliënt. Er wordt dus expliciet vraaggericht (en niet aanbodgericht) gewerkt.

Concreet betekent dit dat de CGG-begeleidster tijdens de opening van het cafetaria aanwezig is en mee zorg draagt voor de gezellige en goede sfeer. Alles kan en niets moet: praten in groep, spelletjes spelen.. Er worden regelmatig leuke activiteiten aangeboden, maar men kan ook om een kort individueel gesprek vragen.

Maandelijks organiseert de CGG-medewerkster een

groepsgesprek. De doelgroep bestaat uit mensen met een psychische kwetsbaarheid en mensen met een langdurige zorgnood. Vaak volgen ze nog therapie of hebben ze die achter de rug, maar vinden ze er nog baat bij om stil te staan bij bepaalde thema's. Het betreft een halfopen groep van 6 tot maximaal 8 personen. Er wordt gewerkt met inschrijvingen en een engagement van 6 sessies.

Thema's die aan bod komen zijn: angst, herval en preventie, hoe ga je om met het taboe rond psychische kwetsbaarheid, rouw, geweldloos communiceren, eenzaamheid doorbreken, leren neen zeggen...

De visie achter het groepsaanbod is herstelgericht en psycho-educatief. Met oefeningen en voorbeelden wordt geprobeerd op een speelse manier de theorie duidelijker te krijgen. Bij communicatie kan bijvoorbeeld een videofrag-

ment van Mr Bean getoond worden zodat op ludieke en ontspannende manier invoelbaar wordt hoe sterk de non-verbale taal is. Er wordt dan geoefend op een afstemming tussen het verbale en het non-verbale (intonatie, open en gesloten houding, hoe kom ik zelfzeker over...).

De groepsleden brengen zelf ook spontaan voorbeelden en situaties aan waarmee zij worstelen. Zij zijn immers de ervaringsdeskundigen. De CGG-medewerker treedt op als moderator tijdens de groepsgesprekken, maar er is ook een inbreng van haar deskundigheid rond de verschillende thema's in een taal die de deelnemers kennen en begrijpen.

In de groep is er een gevoel van respect en begrip voor elkaar aanwezig. Zich niet alleen voelen met een psychische problematiek, horen hoe anderen omgaan met eenzaamheid en onbegrip creëert

verbinding. Er is gedragenheid, ondersteuning en er zijn luisterende oren.

Persoonlijk ervaar ik het participeren aan een dergelijk samenwerkingsverband als boeiend en leerrijk. Door met een ander team en een andere insteek mee te denken over cliënten, verruimt mijn denk-kader.

Met mensen aan tafel zitten, een koffie drinken, de krant doornemen of een spel spelen is anders dan een gesprek voeren over de problemen waarmee ze vastlopen. Je ziet en ervaart hun beperktheden, maar ook hun kwaliteiten. Je ontmoet hen op een ander vlak, wat ik ervaar als een verrijking van mijn job.

Ggazel redactie zoekt nieuwe medewerkers.

Bent u werkzaam in de sector geestelijke gezondheid of welzijn van West-Vlaanderen of komt u er regelmatig mee in aanraking? Verpleegkundige?

Huisarts? Psychiater? Maatschappelijk werker? Psycholoog?

De redactie komt een viertal keer per jaar samen. Tot nog toe vooral in Izegem, maar we zijn flexibel.

Doel van de redactievergadering is het samenstellen van nieuwe nummers, het aanspreken van potentiële schrijvers en het op punt stellen van de artikels.



Wat is WINGG Crosslink?

Annick Dobbelaere, coördinator Vorming en Deskundigheidsbevordering WINGG
annick.dobbelaere@wingg.be 0488/82 79 15

Na de opstart van het netwerk WINGG in 2015 werd er in januari 2017 gestart met het uitwerken van het programma Intersectorale Consult en Liaison. WINGG-medewerkers zaten samen met netwerkpartners uit de CGG's en CAR's om dit voor West-Vlaanderen een mooie invulling te geven. De initiële naam van het programma (Intersectorale Consult en Liaison) werd in alle Vlaamse netwerken vervangen door Crosslink. WINGG Crosslink werd zo boven de doopvont gehouden in juni 2017.

Crosslink focust op het uitwisselen en samen inzetten van expertise. We hebben als doel om onze partners uit de provincie consult en advies aan te bieden omtrent de geestelijke gezondheid van kinderen, jongeren en hun context. In West-Vlaanderen heeft Crosslink 2 opdrachten: consult en advies enerzijds, en vorming en deskundigheidsbevordering anderzijds.

Consult en advies

Voor de functie consult en advies werd een telefoonpermanentie opgericht die sinds oktober 2017 operationeel is. Deze telefoonlijn is dagelijks te raadplegen behalve op woensdag. Deskundigen uit de niet-gespecialiseerde (geestelijke) gezondheidszorg of uit de eerstelijns hulpverlening kunnen

telefonisch vragen stellen in verband met kinderen en jongeren met een psychisch probleem. Medewerkers met ervaring uit verschillende CGG's of CAR's in West-Vlaanderen staan hen te woord.

Telefonisch wordt er -indien mogelijk- onmiddellijk een advies geformuleerd. Samen met de aanmelder wordt de hulpvraag besproken en nagegaan of het telefonisch advies volstaat. Voor complexere problematieken zijn echter verdere acties vereist. Hiervoor wordt intern twee maal per maand een intervisie georganiseerd. Dit kan resulteren in een uitgebreider advies per email. Het crosslinkteam kan ook outreachend werken aan de hand van een bezoek bij de aanmelder.

Indien nodig komen de Crosslinkmedewerkers naar een teamoverleg om een team te ondersteunen. Deze teamintervisies gebeuren éénmalig rond een bepaalde casus of problematiek. We merken dat dit een dankbare manier is om mensen op weg te helpen.

Ondertussen zijn we al enkele maanden bezig. We hebben reeds een mooi traject afgelegd. De telefoon rinkelt en adviezen worden geformuleerd. Alle oproepen worden bijgehouden in een database op naam van de aanmelder en

de eventuele organisatie. Op deze manier willen we op een laagdrempelige manier helpen. We wensen ons niet te profileren als experts, maar zijn luisterende collega's die mee naar oplossingen zoeken. Hieronder vindt u een kleine bloemlezing van consultvragen die werden voorgelegd aan onze dienst.

Sandra (verpleegster bij Kind en Gezin) belt op: "Ik heb een mama in begeleiding met zware financiële problemen die ook opvoedingsondersteuning wenst. Ik raadde reeds het CKG aan, maar zijn er nog andere mogelijkheden?"

Liesbeth (begeleidster bij een voorziening van bijzondere jeugdzorg) belt op: "We hebben een 10-jarige jongen in onze leefgroep met de diagnose ADHD. We worden vaak geconfronteerd met woede-uitbarstingen en moeilijk gedrag. We zitten als team niet op één lijn wat de aanpak van deze jongen betreft en merken dat we wel wat tips kunnen gebruiken."

Sofie (pedagogisch medewerker bij het CLB): "Ik bel omtrent een 14-jarige jongen die niet meer op school geraakt. Ik wens graag te brainstormen hoe ik deze casus best verder aanpak."

'Het is leuk om dingen eens niet te kunnen want dan kun je

iets nieuws leren' omdenken door kinderen.

Vorming en Deskundigheidsbevordering

Het tweede luik binnen Crosslink betreft het luik vorming en deskundigheidsbevordering. Het is hierbij de bedoeling om expertise uit te wisselen en in te zetten op het deskundiger maken van niet-gespecialiseerde hulpverleners in de geestelijke gezondheid.

We doen dit op verschillende manieren. Vooreerst organiseren we twee maal per jaar "Vreemdgaan", een methodiek van wisselleraars die overgenomen is uit Oost-Vlaanderen en nu in Vlaanderen en Brussel door de netwerken opgenomen is in hun programma Crosslink. Met Vreemdgaan stimuleren we hulpverleners uit niet-GGZ sector om mee te draaien, ken-

nis te maken met de GGZ sector en omgekeerd. We vragen hen letterlijk te "gluren bij de burens". We zijn ervan overtuigd dat men op deze manier andere sectoren beter leert kennen. Geïnteresseerden kunnen een kijkje nemen op de website www.vreemdgaan-wisselleraars.be.

Daarnaast willen we ook vormingspakketten ontwikkelen. De inhoud hiervan trachten we toe te spitsen op de thema's die vanuit de consult- en adviesfunctie naar boven komen. Andere vormingsvragen worden tevens gebundeld voor initiatieven in verband met intersectorale vorming of workshops.

De overheid zet daarenboven bepaalde doelgroepen (infants, KOPP/KOAP, justitie, ...) extra in de kijker en vraagt voor deze groepen. Zo is er rond infants bijvoorbeeld een leerplatform van start ge-

gaan samen met jeugdhulp waarbij er casussen besproken worden en waarbij er een Infant Mental Health (IMH) deskundige aansluit om deze visie in te brengen. In verband met KOPP/KOAP willen we graag een driedaagse organiseren in samenwerking met het Familieplatform. Deze driedaagse zou in alle provincies georganiseerd worden.

Tot slot willen we ook op de site van WINGG/Crosslink een overzicht maken rond het vormingsaanbod en consult- en liaisonaanbod in de regio.

Fusiedrift en versplintering Over de problematische organisatie van de ambulante geestelijke gezondheidszorg en welzijnswerk in Vlaanderen.

Filip Vanneste, klinisch psycholoog-psychotherapeut
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Mandel en Leie Izegem

Samengevat luidt onze stelling dat de gebruiker in de ambulante zorg zoals die nu georganiseerd is, moeilijk zijn weg kan vinden, dat er - ondanks de goede intenties en inzet bij de medewerkers op de werkvloer- een moeizame samenwerking is, en dat er hopeloos veel geld en energie verloren gaat. Als (deel-)oorzaak zien we de fusies van centra die binnen dezelfde sector of lijn actief waren. Ze leidden tot het ontstaan van steeds grotere conglomeraten, autonome organisaties die grote delen van een provincie bedienen. Een efficiënte ambulante zorg dient op lokaal niveau georganiseerd te worden en dient de verschillende lijnen en sectoren te over-

schrijden met één front office per gebied vanaf ongeveer 100.000 inwoners waar ieder met psychosociale problematiek terecht kan. Een (liberaal) alternatief is dat men de zorg privatiseert en de individuele hulpverleners op lokaal niveau (bvb ELZ) laat samenwerken...

We starten met een terugblik en concentreren ons op de volwassenenwerking van CGG en CAW. Deze verwante (1) centra zijn historisch belangrijke pijlers in de ambulante welzijns- en geestelijke gezondheidszorg. We geven voorbeelden uit Midden- en Zuid-West-Vlaanderen, omdat we hier meest vertrouwd mee zijn, maar de situatie is

elders in Vlaanderen niet wezenlijk verschillend.

In de zorg- en welzijnssector is de afgelopen decennia gekozen voor steeds grotere organisaties. Waar CAW en CGG vroeger lokaal en kleinschalig georganiseerd waren, zijn nu middelgrote ondernemingen ontstaan die steden die soms 40 kilometer uit elkaar liggen, bedienen. Aanvankelijk had ieder centrumstadje van 50.000 inwoners (met aanpalende gemeenten), zoals Menen, Izegem, Tielt een Sociaal Centrum (Centrum voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden, JAC), en een Dienst voor Geestelijke Gezondheidszorg. Middelgrote steden konden zich soms

Veranderingen in uw centrum of instelling?

Vernieuwing in uw zorgaanbod?

Verruiming van uw groeps- of therapeutisch aanbod

LAAT HET ONS WETEN

Stuur ons een aankondiging of een artikel.

Wij publiceren het gratis voor u.

**Ggazet wordt verspreid over een duizendtal
zorgverstrekkers in
West-Vlaanderen.**



op meerdere CGG's en CAW's verheugen. Zo was er bijvoorbeeld in Ieper één "pluralistisch" en één 'katholiek' CGG. In Kortrijk was er, naast het JAC, nog een "pluralistisch" CGSO en een 'katholiek' sociaal centrum. Sommige centra waren behoorlijk kleinschalig. Een CGG (toen nog DGGZ) was er al met één maatschappelijk werker, één psycholoog, één bediende en een aantal uren psychiatertijd. Veel specialisatie was niet mogelijk: de medewerkers waren generalisten die vaak instonden voor zowel de zorg aan volwassenen als aan kinderen. Er kwamen fusies omdat deze verzuilde en kleine centra niet efficiënt genoeg konden werken. CGG Roeselare ging samen met Ieper, Diksmuide en Veurne om CGG Largo te vormen. CAW Midden West-Vlaanderen ontstond uit fusies van Roeselare, Ieper, Veurne, Diksmuide, maar ook Izegem en Tielt. Door 'een speling van het lot' gingen deze laatste steden voor hun CGG werking samen met Kortrijk en Menen en vormden CGG Mandel en Leie.

De fusiegolf die in de CGG vanaf 1999 op gang kwam herleidde hun aantal in Vlaanderen tot 21 centra. Bij de CAW's ging men een stuk verder. In 2013 werd aangekondigd dat het de intentie was de 25 CAW die na een eerdere fusieronde nog overbleven, te reduceren tot 11. Volgens de bevoegde minister moest de schaalvergroting 'meer kansen bieden om uit te groeien tot efficiëntere en slagkrachtiger organisaties met een

breed, toegankelijk, betaalbaar en kwaliteitsvol aanbod aan hulp- en dienstverlening op maat van lokale en regionale behoeften en met een sterke en duidelijk geprofileerde werking zowel binnen als buiten de zorgsector naar de burgers toe (2). Een mondvol noble drijfveren waarbij zorgvuldig het platvloers financiële motief niet vernoemd werd, terwijl iedereen ook wel besparingsoogmerken vermoedde. Maar bieden grootschalige CAW's en CGG's tegenwoordig meer en beter voor minder centen? Zijn ze toegankelijker? Alvast de CGG's waren niet in staat een toereikend antwoord te bieden op de vraag naar zorg. De gemiddelde wachttijd tussen aanmelding en de start van de therapie bedraagt in 2017 juist geteld 100 dagen, met een toename in de laatste 5 jaar (3). Het Rekenhof laat zich dan ook sceptisch uit (4).

CGG en CAW staan er nochtans niet alleen voor om de noden in de ambulante geestelijke gezondheidszorg op te vangen. Door de vermaatschappelijking van de zorg, kreeg de niet-residentiële sector de wind in de zeilen. Klinieken zetten hun deuren open voor ambulante patiënten en er kwamen tal van nieuwe spelers, ook semi-residentiële. Aan de oprichting van beschut wonen werden diensten voor psychiatrische thuiszorg en dagactiviteitencentra (bvb De Bieweg, Roeselare, de Omme-gang, Izegem) gekoppeld. Die laatste hebben een ander doelpubliek dan de dagcentra die verbonden zijn aan een PZ

(bvb De Pendel, Menen) of PAAZ (de Bres, Kortrijk) of een tenderproject (PZ Pittem) maar richten zich ook op ambulante patiënten. Verder zijn er de psychosociale revalidatiecentra (bvb de MaRE in Kortrijk, TOV in Rumbeke.). Door artikel 107 werden mobiele teams in het leven geroepen: enerzijds teams die kortdurend werken voor acute problemen, anderzijds zij die zich richten op langdurige zorgbehoeften. Opmerkelijk is dat sommige gemeentes beschikken over mobiele teams, anderen dan weer niet: bijvoorbeeld wel in Izegem, niet in Lendeledede, wel in Menen, niet in Kortrijk. Verder zijn er nog de eerstelijnspsychologen die kortdurende ambulante zorg verstrekken. Daarnaast de psychiaters, de psychologen en de therapeuten die op de polyklinieken van PAAZ of PZ of die in een privé (groeps-)praktijk werken en die nu al of in de nabije toekomst voor een beperkt aantal sessies voor terugbetaling in aanmerking zullen komen. En vergeten we tenslotte de OCMW's niet, die meer in hun mars hebben dan louter financiële- en administratieve begeleiding.

De oplijsting is niet volledig. De toestand is nog complexer in de ambulante kinder- en jeugdhulpverlening, waar zelfs een dienst (Konekti-W13) in het leven geroepen werd om urgente of crisissituaties van de wachtlijst van andere diensten op te vangen. Met de opsomming van de organisaties en personen die zich met de ambulante geestelijke gezondheidszorg voor

volwassenen inlaten, willen we aantonen hoe ondoorzichtig het bos geworden is. Welke zorgbehoevende of verwijzer is bij zo'n versplinterd aanbod nog zeker dat hij het correcte nummer belt voor een bepaald probleem? Zou niet iedereen een zucht van opluchting slaken als er binnen een zone één plaatselijk nummer was, één front office, waar men terecht kan voor eender welk psychosociaal probleem?

Ook al huldigt men de netwerkgedachte, de opgesomde diensten werken autonoom. Samenwerking gebeurt, maar soms worden maatregelen genomen los van elkaar. Zo kan het gebeuren dat een CAW, een CGG en een mobiel team uit dezelfde regio, los van elkaar beslissen dat mensen niet langer dan twee jaar door hen kunnen geholpen worden. Dit voorbeeld kan onwaarschijnlijk en onethisch klinken, maar is niet uit de duim gezogen. Chronische patiënten of cliënten zijn een lastige doelgroep, die men liefst kort in zijn bestand houdt, want ze zorgen niet voor glanzende succescijfers. De afspraken tussen organisaties zijn niet dwingend, noch op beleidsniveau noch op cliënt- of patiëntniveau. Zorgverstrekkers komen samen voor een rondetafelbespreking, maar -als men al tot een gemeenschappelijk zorgplan kwam - is geen enkel besluit bindend. Eens men terug naar de eigen organisatie vertrokken is, kan het eigen team toch een eigen behandelkoers varen, of kan men opnieuw verder werken naar eigen in-

zicht en vermogen.

Vermelden we nog een aantal specifieke nadelen van de fusies binnen CAW en CGG. De schaalvergroting betekent niet dat alle zorgverstrekkers van de organisatie binnen één gebouw geconcentreerd zijn. Om de lokale dienstverlening te verzekeren zijn er plaatselijke vestigingen die, voor hun volwassenenwerking, vaak over minder dan 3 voltijdse equivalenten beschikken. Om interne zorgteams, overleg- en werkgroepen te organiseren moeten medewerkers zich regelmatig verplaatsen, bijvoorbeeld van Tielt naar Kortrijk of naar Roeselare. Bij schaalvergroting worden vaak een middenkader en staffuncties gecreëerd: doelgroepcoördinatoren, vestigingscoördinatoren, kwaliteitscoördinator, preventiecoördinator, vakbondsvertegenwoordiging, vertegenwoordigers van verschillende disciplines. Deze medewerkers worden geheel of gedeeltelijk van de directe cliënt- of patiëntenzorg onttrokken. Meer verplaatsingen en minder medewerkers ter beschikking voor de hulpverlening, kan bezwaarlijk efficiënt en kostenbesparend genoemd worden.

Bureaucratisering kan een nog nijpender gevaar vormen. Om tot een uniforme en controleerbare bedrijfscultuur van de verschillende plaatselijke afdelingen te komen, is men genooddaakt allerlei procedures en protocollen uit te werken. Puur organisatorisch gezien, kan het hierbij efficiënt lijken dat delen van een protocol aan verschillende mede-

werkers (van verschillende vestigingen) wordt toevertrouwd. In een suicidepreventie protocol kan medewerker A instaan voor de telefonische opvang (aanmelding), persoon B voor de eerste opvang (intake en beveiliging) terwijl persoon C ingaat op de oorzaak van de depressie en de eigenlijke therapie start. De persoonlijke relatie tussen zorgbehoevende en zorgverstrekker, een van de belangrijkste heilzame factoren in de therapie, komt hierdoor in het gedrang. Ook het schrikbeeld van de zorgverstrekker die aan het beeldscherm gekluisterd zit, zorgplannen, gesprekken en verslagen uitschrijft, terwijl de tijd aan direct contact met de patiënt erbij inboet, komt hierdoor dichter.

Een (deel van de) oplossing kan erin bestaan om lokaal te werken met één loket voor ambulante zorg per stad met zijn aangrenzende gemeenten. Eén front office dat mensen helpt met uiteenlopende psychiatrische, psychologische en sociale problematiek, met een back office die multidisciplinair en multi-methodisch werkt. Men neemt gauw de woorden ontschotting en verbinding in de mond. Maar zou men de CAW's en de CGG's kunnen versmelten, liefst met nog andere ambulante diensten (mobiel team, psychiatrische thuiszorg, OCMW, arbeidszorg, eerste lijn psychologen..) zodat op lokaal vlak één duidelijke speler actief is? Zou het niet mooi zijn als stadjes en steden als Menen, Diksmuide, Kortrijk of Ieper elk hun eigen ambu-

lant centrum hadden, dat één eerstelijnszone (ELZ) kon bedienen.

Voor de zorgzoeker of de verwijzer zou het duidelijker zijn tot wie men zich kan richten. De zorg wordt toegankelijker, want men krijgt ze dicht bij huis. Er kan een nauwe samenwerking ontstaan tussen de medewerkers van het centrum en de lokale hulpverleners uit andere sectoren. Met hen kunnen gemakkelijk nauwe, zelfs persoonlijke contacten gerealiseerd worden. Door de geografische nabijheid is uitnodiging op teamniveau en ander face-to-face overleg makkelijker te realiseren.

Het team (5) van het lokale ambulante centrum zal groot genoeg zijn om een multidisciplinaire en multimethodische zorg toe te laten. Op het team kan regelmatig overlegd worden over één duidelijk zorgplan waar eventueel verscheidene zorgverstrekkers een taak in krijgen. Door de gecoördineerde en bindende afspraken van één team in één huis voor het zorgbeleid van een cliënt of patiëntensysteem wordt overlappende zorg minder waarschijnlijk. Eén sterke lokale dienst heeft voldoende instroom van zorgzoekers en beschikt over voldoende deskundig personeel voor het inrichten van groepen en dagtherapieën.

Een (liberaal) alternatief bestaat erin dat men de zorg overlaat aan privé-zorgverstrekkers, personen of organisaties (6). Men kan hen aanmoedigen om samen te

werken op lokaal niveau (bvb ELZ) door het terugbetalen van overlegmomenten of hen daartoe te dwingen door wettelijke voorwaarden. Men kan kwaliteitseisen stellen voor de terugbetaling en hopen dat in een concurrentiële vrije markt de minder goede zorg zal verdwijnen. Wie zal immers verwijzen naar zorgverstrekkers waar weinigen tevreden over zijn? Het lijkt ook in het DNA van de kleine ondernemer gegoten om klantvriendelijk te zijn, zich anti-bureaucratisch op te stellen en zich af te zetten tegen vele procedures. De patiënt of cliënt kan zelf zijn zorgverstrekker kiezen, terwijl hij nu in een anonieme organisatie terecht komt die hem een medewerker toewijst (7). Het krachtigste pleidooi voor de privé is allicht het kostenplaatje. In het voorstel van Maggie De Block voor het subsidiëren van privé-psychologen bedraagt het tarief voor een consultatie 45 € (waarvan 11 euro remgeld van de patiënt) (8). Ter vergelijking: het Rekenhof becijfert de totale financiering van de CGG in de 2009 op 144,9 euro per hulpactiviteit (6). Door privatisering lijkt dus een verdubbeling, zelfs bijna een verdrievoudiging van de hulpverleningscapaciteit van de CGG mogelijk. Er zijn echter aanzienlijke gevaren aan de privatisering verbonden. Zal een privé zorgverstrekker zich niet door het eigen profijt en winstbejag laten leiden en hierdoor minder oog hebben voor het welzijn van de cliënt of patiënt? Om te vermijden dat de patiënt of cliënt in een duale collusie met zijn privé-zorgverstrekker terecht komt,

kan een derde partij nodig zijn (een verwijzer, een intervisieteam..). Vraag is ook of het individualisme en concurrentiële instelling van de private zorgverstrekkers de samenwerking niet tot mislukken zal doemen?

Er is nog voer tot nadenken. Ontschotting zal niet voor morgen zijn, een volledige privatisering kan al evenmin. Intussen is iedereen - van directies tot medewerkers op de werkvloer - gemotiveerd tot samenwerking in de ambulante sector. Er zijn in onze regio interessante plaatselijke samenwerkingsprojecten. Zo is er in Waregem het 'Voorhuis', een samenwerking tussen CAW (Centrum Algemeen Welzijnswerk), CGG (Centrum Geestelijke Gezondheidszorg), CLB (Centrum voor Leerlingbegeleiding), Ubuntu (Centrum voor trajectbegeleiding van personen met een handicap), VESTA (Psychiatrische thuiszorg) en Kompas (Ambulante Drugzorg) waar zowel volwassenen als kinderen met psychosociale problematiek terecht kunnen. Binnen de sector worden protocollen afgesloten om binnen een netwerkgedachte de verschillende organisaties te laten samenwerken. Ook op persoonlijk vlak is er tussen de medewerkers een grote openheid voor elkaars visie en werkwijze. We menen echter dat al deze inzet meer vruchten zou afwerpen met een lokale structuur van de ambulante sector.

(1) Het CAW positioneert zich op de eerste lijn, zou zich met kortdurende, relatief eenvoudige welzijns- en relationele problematiek inlaten. De CGG's plaatsen zich op de tweede lijn. Ze zouden instaan voor meer gespecialiseerde hulpverlening bij complexe psychiatrische en psychosociale problematiek. Voor het beleid waren dit duidelijk aparte entiteiten die aparte doelgroepen bedienden met eigen methodieken. De feiten bleken wel wat anders te liggen. Minstens 1 op 3 van de cliënten van CAW kwam in 2009 met psychische of persoonlijke problemen (www.kennisplein.be, rubriek: CAW in beeld cijfers 2009). Dus niet enkel met welzijns- en relationele problematiek. Bij CGG duren de behandelingen gemiddeld 5,4 sessies (<http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers-centra-voor-geestelijke-gezondheidszorg>), wat eerder aan kortdurende eerstelijnszorg doet denken. Wie meer wil weten: 'CAW of CGG. Indicatiestelling.' Versche-

nen in Handboek voor Integrale Jeugdhulp. Politeia. 1992'. Of op de website 'psycholoogfilipvanneste'

(2) Lore Vanaudenhove 28/03/13 - 13u48 Bron: Belga, in HLN

(3) <http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers-centra-voor-geestelijke-gezondheidszorg>

(4) In tegenstelling tot de ziekenhuizen en de privé-groepspraktijken waar men zelf zijn arts of hulpverlener kan kiezen, wordt men in een CGG, CAW of mobiel team meestal volgens de volgorde op de wachtlijst aan een zorgverstreker toegewezen. Men wil voorkomen dat er bij een individuele hulpverlener langere wachtlijsten ontstaan. De patiënt/cliënt kan wel algemene voorkeuren laten merken (bv om enkel bij een vrouwelijke therapeut te komen). . Wanneer men kan verwijzen naar een persoon in plaats van naar een organisatie heeft men in het bijzonder in de geestelijke gezondheidszorg meer dan één lengte voorsprong.

De cliënt/patiënt, die vaak met schuld en schaamte beladen problemen komt, kan het vertrouwen en de positieve gevoelens van zijn verwijzer ten aanzien van de zorgverstreker meedragen in het eerste contact.

(5) We bedoelen hiermee alle medewerkers van de lokale ambulante dienst. Ze kunnen samen komen in onthaal- of behandelteams, of naar aanleiding van complexe zorgdossiers ad hoc teams vormen.

(6) Op te merken valt dat de huidige CAW, CGG, dagcentra.. privé-organisaties zijn die onder een vzw statuut werken.

(7) <https://www.bfp-fbp.be/nieuwsbericht/olaamse-klinisch-psychologen-allerm minst-opgezet-met-terugbetalingsvoorstel-de-block>

(8) https://www.ccrek.be/docs/2012_04_CentraGeestelijkeGezondheidszorg.pdf

AANKONDIGING

**Beter slapen kan je leren:
diverse slaapinitiatieven in maart in de kijker in Roeselare!**

Jan Callens



Vrijdag 15 maart 2019 is de **Internationale Dag van de Slaap** en die dag zal in Roeselare niet zomaar voorbij gaan. Het is immers duidelijk dat slaapproblemen veel voorkomen en chronisch kunnen worden. Slaapproblemen en slapeloosheid worden bovendien gezien als een transdiagnostische factor die de kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van psychopathologie vergroot. Als dan nog eens blijkt dat slaapmedicatie in veel gevallen en zeker op lange termijn niet de beste oplossing is en dat een slaapcursus en een meer psychologische benadering aanbevolen wordt, moesten we wel wakker schieten.

Arhus organiseert in samenwerking met **PritLink** op donderdag 14 maart 2019 een **vormingsavond** met psychologe Kelly Monteny (AZ Delta) met als thema '**Beter slapen kan je leren**'. Dit om de dag van slaap goed te kunnen starten.

PritLink organiseert hierop aansluitend in mei en juni 2019 met dezelfde psychologe een heuse **slaapcursus**: 5 bijeenkomsten in het Huis in de Stad waarin actief gewerkt wordt onder de titel '**Beter slapen kan je leren**'.

Om de cirkel rond te maken:

De **nieuwe richtlijn voor huisartsen** rond '**Insomnia**' zal hen in een bijeenkomst in het voorjaar voorgesteld worden.

Op naar een uitgeslapen en fit Midden-West-Vlaanderen!

Inschrijven kan respectievelijk via www.arhus.be en www.pritlink.be