

Zorgcontinuïteit door zorgtransmissie¹: voorstel voor een transversaal model voor bijzonder complexe, co-morbide doelgroepen GGZ ki/jo².

Inleiding en situering.

Deze nota werd ontwikkeld door een Subwerkgroep van de Werkgroep Zorgcontinuïteit van het COMGGKJ. In dat opzicht behandelt het voorstel slechts een deel van zorgcontinuïteit voor een (weliswaar aanzienlijke) deelpopulatie. Tegelijk wil de Werkgroep Continuïteit na conceptueel denkwerk met bijhorende tool (continuïteitsreflex) een zeer concreet voorstel lanceren als good practice.

De Werkgroep is zich bewust dat het aspect preventie niet het primaire doel is van deze functie zorgtransmissie. Het betreft nl. veeleer kinderen en jongeren die zich al relatief 'ver' bevinden in hun zorgtraject of in het zorgcontinuüm. Preventie kunnen we definiëren als het 'vermijden van het optreden, de ontwikkeling of verergering van ziekten of handicaps' (HAS, 2006). Met zorgtransmissie kunnen we vooral actief zijn op vlak van tertiaire preventie, die 'inwerkt op complicaties en risico's op herhaling'. Lange opnames, herval en heropnames kunnen vermeden worden met de daarbij horende breuken en vervreemding. Gelijktijdig worden de primaire milieus van deze kinderen en jongeren (zowel familiaal als professioneel) versterkt.

De zorg voor kinderen/jongeren met erg complexe GGZ-noden (die we veelal terugvinden in For K, IBE- en SGA-statuten en vaak al ondersteund worden in andere sectoren zoals (de residentiële) gehandicaptenzorg en jeugdzorg) noopt ons tot creatieve, intersectorale, empowerende constellaties tussen organisaties. Met enkel een systeem van oriëntering en verwijzing, een tijdje opname en technisch overdragen van de nodige expertise behalen we zelden de gewenste zorgcontinuïteit. Immers, de complexiteit van de problematiek bemoeilijkt de transfer van de opgedane leerprocessen naar de oorspronkelijke of nieuwe context. Door zorgtransmissie kan de zorgcontinuïteit versterkt worden en kan de effectiviteit van residentiële opnames in al dan niet gespecialiseerde K-diensten verhoogd worden (kortere opnames, minder wachtlijsten, betere herintegratie, minder heropnames,...). Dit programma zorgtransmissie is in de eerste plaats bedoeld voor de K-diensten met zeer complexe doelgroepen (For K, IBE's, SGA, Fioretti...). Niettemin moeten ook de meer generalistische K-diensten op indicatie (bij bepaalde casussen) deze extra-functie kunnen aanbieden (zie ook concreet voorstel p. 5). Ondanks de reeds bestaande functies van Care, dubbeldiagnose en trajectcoördinatie, wijst de praktijk uit dat er voor een partiële doelgroep

¹ Leden subwerkgroep: Filip Morisse (voorzitter, P.C. Dr. Guislain), Kathleen Coppens (Bru-Stars), Didier De Vleeshouwer (Kirikou), Veerle Umans (Ligant), Denis Gerard (Les Goélands), Etienne Joiret (Jean Titeca), Kathleen Demarneffe (Vivalia), Damien Bael (CRP Les Marronniers), Gino Ameye (Karus), Barbara Moro (Theseau), Toon Langeroot (Radar), Dieter Christiaens en Jan Loontjens (Fioretti). Het voorstel werd daarnaast ook getoetst bij verschillende intersectorale partners uit gehandicaptenzorg (MFC's, Thuisbegeleiding,...) en andere jeugdhulp (Gemeenschapsinstellingen,...).

van minderjarigen met erg complexe en co-morbide GG-problemen, intensieve zorgtransmissie als essentiële brugfunctie nodig is, meestal tussen de residentiële K-dienst (bij uitstek For K/IBE/SGA) en de residentiële organisatie binnen gehandicaptenzorg/jeugdhulp. Naast deze residentiële organisaties zijn vaak ook nog andere sectoren en zorgvormen betrokken zoals (buitengewoon) onderwijs, CKG, vrije tijd,..

De overheden ondersteunen deze stelling maar zijn van oordeel dat deze zorgtransmissie moet voorzien worden binnen de bestaande programma's en netwerken.

Voorstel: binnen de netwerken Geestelijke Gezondheid Kinderen en Jongeren (GGKJ) worden aan K-diensten, met IBE/SGA-bedden in het bijzonder, specifieke medewerkers zorgtransmissie toegevoegd die letterlijk de brug leggen tussen de GGZ-organisaties en de andere intersectorale organisaties, voor de hierboven beschreven kinderen/jongeren.

Het omschrijven en afgrenzen van de doelgroep is geen eenvoudige zaak. We pleiten niet voor een kwantitatief opbod in DSM-diagnoses. Het gaat over kinderen/jongeren met een verhoogde zorgzwaarte, waar de complexiteit o.m. ligt in de overdracht en/of implementatie van de werkzame factoren. Hier is een zekere aanklappendheid/assertiviteit nodig die aanvullend moet worden ingezet om dezelfde resultaten te bereiken als in andere trajecten waar K-diensten betrokken zijn. Het gaat bv. om kinderen/jongeren met een verstandelijke beperking maar ook met psychiatrische stoornissen en dikwijls ook met sterk gedragsgestoord en agressief gedrag. Het gaat ook over kinderen en jongeren met een forensisch-psychiatrische problematiek.

Het gaat steeds om een veelheid aan bezwarende factoren die op elkaar inspelen of elkaar versterken. De complexiteit ligt ook in de omgevingsfactoren. Deze complexiteit blijft doorheen en voorbij de opname bestaan, en vergt derhalve particuliere antwoorden in duurzaam gedeelde trajecten. Vaak is er in het leven van deze kinderen en jongeren sprake van breuken of dreigende breuken op familiaal, schools, sociaal-relacioneel vlak, en op vlak van verblijf in voorzieningen. Er wordt derhalve hard ingezet op de preventie van verdere vervreemding of herstel van reeds ontstane breuken. We zoeken naar de voorwaarden waaronder de verstoorde ontwikkeling weer wat op gang kan komen. Voor transversaliteit is hoge nabijheid en beschikbaarheid nodig van de medewerkers zorgtransmissie binnen de muren van de K-dienst. Kansen op een 'warme' overdracht naar de omgeving van herkomst ontstaan per definitie niet tijdens geplande afspraken. Ze ontstaan (soms letterlijk) in de particuliere flow van het dagelijks leven of niet zelden tijdens een crisissituatie. De contacten tussen de medewerker zorgtransmissie en zorgfiguren uit de context van herkomst vertrekken vanuit een gemeenschappelijk handelen en gedeeldheid. Ze creëren mogelijkheden om in te spelen op de lokale bezorgdheden met betrekking tot de terugkeer van het kind. Bij kinderen en jongeren met dergelijke complexe zorgvraag leert de ervaring ons dat deze terugkeer zonder extra ondersteuning in de vorm van een actieve aanwezigheid, vaak moeilijk haalbaar is en bijgevolg de case flow vertraagt. Door zowel vóór, tijdens als na de opname van een kind intensief samen te werken met de belangrijke mensen uit en in de context, nemen de kansen

op een haalbare herintegratie aanzienlijk toe. Het vergroot ook de kansen tot het ontwikkelen van een gemeenschappelijke taal, wederzijds begrip en juist inschatten van mogelijkheden en moeilijkheden van beide contexten

Tijdens de opname en in de periode van de eerste vervolgzorg wordt de beschikbaarheid van de medewerker zorgtransmissie belicht voor latere 'scharniermomenten' in het leven van een kind/jongere. Zo moet het mogelijk blijven dat de medewerker zorgtransmissie zelfs enkele jaren na de opname van een kind, zij het kort en weinig frequent, geraadpleegd wordt om positieve ervaringen uit de behandelperiode weer op te pikken. Dit is echte, flexibele zorgcontinuïteit.

Uitgangspunt: het model van deze "extra" zorgtransmissie zien we als een circulair model waarbij een aantal actoren wisselend in intensiteit (variërend in voorgrond of achtergrond), maar steeds en vaak gelijktijdig in co-productie (en co-financiering ?) betrokken blijven, nl.

- de professionele verwijzers
- de medewerkers zorgtransmissie (voorzorg/inreach/vervolgzorg)
- de residentiële behandelaars
- het kind/de jongere zelf
- het ruimere netwerk rond de jongeren (familie, Jeugdhulp, onderwijs/CLB, andere actoren netwerken GGKJ (bv. CGG, Care, Crisis,...))

om duurzamere en efficiëntere zorgtrajecten te kunnen ontwikkelen doorheen verschillende zorgvormen, partners en sectoren en bijgevolg breuken te vermijden in zorgtrajecten (transversaliteit).

Deze circulaire beweging wordt aangestuurd door een aantal principes:

- fundamentele openheid van de K-diensten in beide richtingen, zowel om verwijzers/partners 'binnen te laten', actief te betrekken in de residentiële psychiatrische opname, soms ook effectief voor-doen en samen-doen, als om buiten de deuren van de kinderpsychiatrie naar de verwijzers/partners toe te stappen en hen als gelijk(w)aardige partners te bejegenen, met als uiteindelijk doel elkaar te bevruchten en te versterken
- inter-sectoraliteit: er is van bij aanvang een gerichtheid op het gedeeld ontwikkelen van een handelingsdiagnostiek, geënt op concrete investeringspunten (bijv. ruimtes, objecten, activiteiten, personen, uitwisselingsmechanismen) uit het dagelijks leven van het kind of de jongere, die in hun logica en dynamiek overdraagbaar kunnen zijn
- subsidiariteit; stepped/matched care; residentiële opnames zo kort als mogelijk maar zo lang als nodig
- regio- en provincie-overschrijdend; de meeste van deze hooggespecialiseerde K-diensten en de bijhorende zorgtransmissie beperken zich niet tot een specifieke regio maar kunnen een aanbod doen voor meerdere provinciale netwerken
- expertise wordt enerzijds geconcentreerd dichtbij de betrokken K-diensten, anderzijds zo maximaal mogelijk gedeeld en verspreid onder zorgpartners ('impertise')

- zorgcontinuïteit; in de voorzorg worden vooral zaken bewerkt om iets mee te kunnen doen tijdens de opname; net zo goed er tijdens de opname zaken nodig zijn om in transitie te brengen tijdens de vervolgzorg
- gedeelde verantwoordelijkheid en co-productie, maar met duidelijk engagement en zorgregie. Nabijheid bieden/beschikbaar zijn en het empoweren van cliënt en context zijn kerncompetenties van de medewerkers zorgtransmissie.
- flexibele mogelijkheid tot schakelen volgens de wisselende hulpvraag/zorgnood
- partners zijn afwisselend meer op achtergrond/voorgond (eerder fading-out / transitie dan stoppen en doorgeven)

- Complementair en structureel gealigneerd met Care/Dubbeldiagnose en onder monitoring en regie van de provinciale netwerken GGKJ:
 - Zorgtransmissie sluit nauw aan bij de ontwikkeling van de template *dubbeldiagnose*, waarbij de complexiteit van de problematiek centraal staat. De klemtoon in de template dubbeldiagnose ligt op de realisatie van een crisisaanbod (en time-out) en de uitbouw van een meer mobiele hulpverlening, geïntegreerd in de programma's die het netwerk ontwikkelt.
 - Zorgtransmissie laat zich, zoals bij *Care*, kenmerken vanuit een mobiele, aanklappende en assertieve ingesteldheid. Meer dan bij Care is de medewerker actief betrokken bij de residentiële opname op de K-dienst met als finaliteit transmissie in de oorspronkelijke omgeving mogelijk te maken.
 - Zorgtransmissie impliceert een goede coördinatie en monitoring van alle betrokken hulpverleners maar onderscheidt zich fundamenteel van *trajectcoördinatie en/of casemanagement*, waarbij deze laatste meer van op een afstand de processen begeleidt. Het uitgangspunt van zorgtransmissie, in die zin ook innovatief, is de overdracht vanuit de relatie hulpverlener – jongere en de bijhorende leerervaringen naar de oorspronkelijke of nieuwe context, vertrekkende van de gedeelde ervaring. Zorgtransmissie speelt zich af in de leefwereld en context van de jongere, en niet in de vergaderzaal.
 - Er is eveneens een link te leggen met het *Crisisprogramma* in die zin dat ook daar het aanbod verankerd is in de reguliere werking en daar een vorm van versterking krijgt maar dus niet ontkoppeld van het klinisch (residentieel) werk.
 - Het model '*Ambit*' (Anna Freud Centre), waar vorming is voorzien voor medewerkers crisis en care, kan een methodologische meerwaarde betekenen in het proces van zorgtransmissie. De ondersteuning van de 'keyworker' en het aspect 'thinking together' zijn fundamenteel in de overdracht van de zorg.

Concreet voorstel tot programmatie tav Werkgroep Zorgcontinuïteit, COMGGKJ en IMC:

- Het is niet zo duidelijk als de concrete programmatie en financiering de bevoegdheid is van deze Subwerkgroep maar eerder van de Werkgroep programmatie, COMGGKJ en Taskforce IMC. Op vraag echter en enkel ter indicatie doet de Subwerkgroep een tentatief voorstel.
- Zowel vergelijkbare initiatieven in het buitenland als ervaringen in eigen land, leveren evidentie dat 0,5 FTE medewerker zorgtransmissie (met werkingsmiddelen) per 8 K noodzakelijk/haalbaar is, voor kinderen/jongeren met bijzonder complexe, co-morbide problemen. Het profiel van de medewerker zorgtransmissie vertrekt best van een masterdiploma menswetenschappen waarbij zowel operationeel als op niveau van het beleid kan gewerkt worden.
- Middelen worden toegewezen aan de netwerken GGKJ die ze, zoals bij eerdere templates, in onderling overleg toewijzen volgens bepaalde criteria en verwachtingen. Het model van de bestaande templates is hiervoor best bruikbaar. Deze functie is gealigneerd bij zowel de opdracht van Care als van Dubbeldiagnose en kan ofwel daar ingeschreven worden (weliswaar als surplus) ofwel het onderwerp zijn van een nieuwe template.
- Er werd een verdeelsleutel berekend om een budget voor te stellen over de provincies/netwerken zoals bepaald in andere templates door epidemioloog Prof. R. Bruffaerts³. Vervolgens werd gekeken naar het aantal beschikbare For K/IBE/SGA-bedden. Dit aantal bedden kan echter niet gelden als absoluut criterium omdat de programmatie niet uniform verloopt in alle provincies (bv. op basis van rechtbanken). Daarvoor werd dus een correctie doorgevoerd. Anderzijds is het evident dat deze functie van zorgtransmissie *zeker* wordt geïnstalleerd in K-diensten met for K/IBE/SGA-erkenning. O.v. de intensieve voorzorg en vervolgzorg is het aantal erkende bedden/plaatsen best niet het enige criterium maar het aantal actieve dossiers. Naast de programmering op basis van de For K/IBE/SGA-bedden werd nog een beperktere programmering voorzien, eveneens toe te wijzen door de netwerken, voor de reguliere K-diensten die onder hun caseload ook deze kinderen en jongeren met complexe, co-morbide problemen opnemen waar zorgtransmissie naar andere residentiële milieus noodzakelijk is (ingeschat op 20% van de caseload). Het concreet voorstel moet gezien worden binnen een groeipad. Op korte termijn wordt gepleit voor onderstaande programmering (20VTE), normering (1VTE/16K) en financiering (1,4 mio EURO). Op iets langere termijn lijkt het noodzakelijk om de norm voor zorgtransmissie voor de reguliere K-diensten op te trekken naar 1/20 (1/80 in voorliggend voorstel).

³ Cfr. de factor voor de berekening in alle templates voor de netwerken GGKJ: het bevolkingsaantal kinderen en jongeren, de prevalentie van psychische problemen bij kinderen en jongeren en de sociaal-economische situatie van de gezinnen.

Het concreet voorstel moet gezien worden binnen een groeipad. Op korte termijn wordt gepleit voor onderstaande programmering (20VTE), normering (1VTE/16K) en financiering (1,4 mio EURO). Op iets langere termijn lijkt het noodzakelijk om de norm voor zorgtransmissie voor de reguliere K-diensten op te trekken naar 1/20 (1/80 in voorliggend voorstel). Financiering zorgcontinuïteit door zorgtransmissie o.b.v. reële minimale noden

	Aantal plaatsen	VTE zorgtransmissie*	Totaalbudget Zorgtransmissie**
forK-plaatsen	156	9,75	682.500,00 €
SGA/BWplaatsen	24	1,5	105.000,00 €
K-plaatsen	711	8,8875	622.125,00 €
Totaal	891	20,1375	1.409.625,00 €

* berekening o.b.v. 1 VTE voor 16 forK-, BW- of SGA-plaatsen en 1 VTE voor 80 K-plaatsen.

** berekening o.b.v. 70.000 € voor
1 VTE

Spreiding budget zorgcontinuïteit door zorgtransmissie o.b.v. reële minimale noden

Netwerk	Evenredige spreiding	Weging DWC (a)	Weging GWC (b) *
West-Vlaanderen	€ 128.147,73	€ 101.519,89	€ 95.931,60
Oost-Vlaanderen	€ 128.147,73	€ 171.234,55	€ 161.808,73
Antwerpen	€ 128.147,73	€ 208.619,89	€ 197.136,15
Limburg	€ 128.147,73	€ 118.027,13	€ 111.530,17
Vlaams-Brabant	€ 128.147,73	€ 105.791,13	€ 99.967,72
Brussel Hoofdst. Gewest	€ 128.147,73	€ 256.562,02	€ 242.439,24
Waals-Brabant	€ 128.147,73	€ 41.050,69	€ 70.000,00
Henegouwen	€ 128.147,73	€ 142.900,96	€ 135.034,79
Luik	€ 128.147,73	€ 150.767,60	€ 142.468,40
Namen	€ 128.147,73	€ 88.161,15	€ 83.308,21
Luxemburg	€ 128.147,73	€ 24.990,00	€ 70.000,00
Totaal	€ 1.409.625,00	€ 1.409.625,00	€ 1.409.625,00

* bij GWC wordt uitgegaan van een minimumbedrag van 70 000 € per netwerk

