

psycho sociale revalidatie

Centra voor
psychosociale
revalidatie



Rol en toekomst in het GGZ-landschap

COLOFON

Redactie:

Marijse Bynens, Kris 's Hertogen, Tatjana Cammerman, Maja Coppens, Bob Crombez, Sylvie De Vuysere, Kris Dekorte, Bernard Deleersnyder, John Deloof, Els Dhondt, Liesbet Felix, Menno Fransen, Bram Grené, Katrien Schaeken, Wim Vanspringel, Hilde Vens

Eindredactie:

Jens De Wulf, Kelly Vervondel

D/2023/12067/5
ISBN 9789491323515
2023 ©Zorgnet-Icuro vzw

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

Citeren als:

Bynens, Marijse. 2023. *Centra voor psychosociale revalidatie. Rol en toekomst in het GGZ-landschap.*

Zorgnet-Icuro vzw
Guimardstraat 1
1040 Brussel
post@zorgneticuro.be
www.zorgneticuro.be



Centra voor psychosociale revalidatie

Rol en toekomst in het GGZ-landschap

INHOUDSTAFEL

WOORD VOORAF	5
1. ACTOREN IN DE HERSTELBEWEGING.....	7
1.1. Historiek.....	7
1.2. Wat is herstelgerichte zorg?	7
1.3. Hoe verlopen de trajecten in de praktijk?.....	8
2. KERN-/ZORGPROCES IN EEN CENTRUM VOOR PSYCHOSOCIALE REVALIDATIE.....	11
2.1. Doelgroep	11
2.2. Aanbod	13
2.3. Positionering van de psychosociale revalidatie en arbeidscoaches GGZ binnen het nieuw geestelijk gezondheidsbeleid.....	18
2.4. Partners in samenwerking.....	20
2.5. Meerwaarde in zorgcontinuüm/effectiviteit.....	20
3. SCHAKEL IN EEN GROTER GEHEEL.....	22
3.1. Sterktes.....	22
3.2. Zwaktes	22
3.3. Uitdagingen	23
3.4. Bedreigingen	23
4. UITDAGINGEN VOOR DE TOEKOMST.....	24
4.1. Aansluiting bij eerste lijn.....	24
4.2. Minder versnippering in ambulante GGZ.....	25
4.3. Programmatie gebaseerd op zorgnoden	25
4.4. Samenwerking met andere actoren	27
4.5. Zorginnovatie	27
4.6. Impact	27
5. NAAR EEN NIEUWE REGELGEVING	28
EINDNOTEN.....	30
LITERATUUR.....	31

WOORD VOORAF

Er is steeds meer aandacht voor mentaal welzijn en geestelijke gezondheidszorg. Meer dan tien jaar geleden startte een grondige hervorming van de GGZ met als doel te evolueren naar een meer gemeenschapsgerichte en vraaggestuurde zorg. De FOD Volksgezondheid publiceerde in 2010 de *Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken*. Zo ontstonden de netwerken geestelijke gezondheidszorg waarin de verschillende actoren worden gestimuleerd om samen te werken en kernfuncties te realiseren. De idee was dat wie met geestelijke gezondheidsproblemen kampt, meteen wordt doorverwezen naar de juiste actor om de hulpvraag te beantwoorden. Helaas is de realiteit vandaag nog altijd heel anders.

In de jaren 1960 zagen de “revalidatieconventies” het daglicht. Met hun focus op herstel en participatie aan de samenleving van mentaal kwetsbare mensen namen ze al van in het begin een belangrijke rol op in de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg. Eens de netwerken een feit waren, werd er per GGZ-netwerk minstens één centrum voor psychosociale revalidatie opgericht met daaraan verbonden een arbeidscoach GGZ.

Inhoudelijk bestaan er tussen de typeconventies in de GGZ grote verschillen. Nog groter zijn de verschillen met de revalidatieziekenhuizen en met conventies die voornamelijk gericht zijn op fysieke revalidatie. Dat maakt het revalidatielandschap bijzonder complex. In deze publicatie focussen we specifiek op de centra voor psychosociale revalidatie en de arbeidscoaches GGZ, die - administratief en financieel - gekoppeld zijn aan de centra voor psychosociale revalidatie. Op dit moment zijn er vijftien dergelijke centra in Vlaanderen. We schetsen welke positie ze innemen binnen de GGZ en met welke maatschappelijke uitdagingen ze geconfronteerd worden. We kijken met een open blik naar welke rol de revalidatievoorzieningen opnemen en welke inhoudelijke verbindingen er zijn met GGZ-partners en andere actoren.

Er is nood aan een inhoudelijke en toekomstvisie op GGZ-revalidatie. De huidige regelgeving en techniek van prestatiefinanciering werken te beperkend en staan samenwerking en innovatie in de weg. Er is de uitdrukkelijke vraag van de centra naar erkenningsnomen zodat er meer ruimte is om de strikte regels van de conventie flexibeler te kunnen invullen. Zorgnet-Icuro gaat hierover graag in gesprek met de Vlaamse overheid. Zodat de positie en rol van de centra voor psychosociale revalidatie binnen de netwerken helder is en ze optimaal kunnen bijdragen aan een kwaliteitsvolle ambulante zorg.

Margot Cloet
Gedelegeerd bestuurder

Koen Michiels
Voorzitter

*Herstelgerichte zorg
vertrekt van de
sterktes en krachten
in de persoon en
zijn omgeving*

ACTOREN IN DE HERSTELBEWEGING

1.1. Historiek

De revalidatieconventies¹ GGZ zijn opgestart in de federale context (RIZIV) vanuit de behoefte aan alternatieven voor langdurige en residentiële geestelijke gezondheidszorg. Voorheen was revalidatie enkel voor fysieke problemen mogelijk. Via conventies breidde dat uit naar geestelijke gezondheidszorg. De conventies kwamen samen met de aanbieders van geestelijke gezondheidszorg tot stand. Beslissingen over capaciteit, voorwaarden, verstrekkingen, financiering... lagen in handen van de verzekeringsinstellingen die onder toezicht stonden van het Verzekeringscomité van het RIZIV. De conventies waren een financieringstechniek om nieuwe projecten voor nieuwe doelgroepen te laten groeien. Voor sommige zorgvormen is de afzonderlijke overeenkomst tussen het RIZIV en de individuele initiatiefnemer uitgemond in enkele type-overeenkomsten die vandaag verschillende doelgroepen ondersteunen. Die overeenkomsten worden benoemd als ‘revalidatieconventies GGZ’ en zijn gebaseerd op hun manier van financiering, los van de inhoudelijke opdracht in het GGZ-netwerk.

Bij de zesde staatshervorming werd Vlaanderen bevoegd voor de revalidatievoorzieningen en -ziekenhuizen. Het regelgevend kader van de verschillende typeconventies en de financieringsmethodiek werden door Vlaanderen ‘as is’ overgenomen in het ‘Overnamedecreet’. Sinds 1 januari 2019 is er een overgangperiode waarbij de ziekenfondsen/zorgkassen belast blijven met de uitbetaling van de tegemoetkomingen tot aan de inkanteling in het systeem van de Vlaamse sociale bescherming (VSB). Ondertussen wordt er naarstig verder gewerkt om de conventies gefaseerd in de Vlaamse sociale bescherming op te nemen. Daarnaast blijven deze voorzieningen verder werken op basis van een conventie. De toekomst zal uitwijzen of ze gevat zullen worden in een regelgevend kader van programmatie, erkenning, normering en financiering. Een VIPA-reglementering (infrastructuursubsidies) zag het licht in 2023.

Met de conceptnota “De Vlaamse revalidatie: op weg naar een gestroomlijnd, geïntegreerd Vlaams revalidatiebeleid” (2019)”, werd een poging ondernomen om het revalidatiebeleid vorm te geven en toekomstbestendig te maken. Het kwam echter nooit tot operationalisering van de in de nota geschetste beleidslijnen.

1.2. Wat is herstelgerichte zorg?

De centra voor psychosociale revalidatie zijn een belangrijke speler in de herstelbeweging en vermaatschappelijking van de GGZ. Herstel zit in hun DNA en komt tot uiting in alles wat ze doen. Herstelgerichte zorg vertrekt van de sterktes en krachten in de persoon en zijn omgeving. Er worden vier vormen van herstel onderscheiden: klinisch, functioneel, persoonlijk en maatschappelijk herstel².

Herstel is een zeer persoonlijk, uniek proces waarbij iemand zijn of haar attitudes, waarden, gevoelens, vaardigheden en/of rollen verandert. Het is een manier om een bevredigend, hoopvol en zinvol leven te leiden zelfs met de beperkingen van een psychische aandoening. Herstel betekent de ontwikkeling van nieuwe inhoud en richting in iemands leven, voorbij de soms rampzalige gevolgen van de aandoening. (Anthony, 1993)

In een **psychosociaal revalidatieprogramma** ligt de focus voornamelijk, op persoonlijk en maatschappelijk herstel. Het gaat om een professionele ondersteuning in de combinatie van maatschappelijk en persoonlijk herstel die uniek is voor de centra voor psychosociale revalidatie ten opzichte van andere actoren.

- **Persoonlijk herstel:** ondanks bepaalde beperkingen zichzelf terugvinden, het ontwikkelen van een nieuw, positief gevoel van eigenwaarde, zin vinden in het leven, motivatie zoeken en onderhouden, de draad terug opnemen, vertrouwen in herstel creëren en eigen levenservaringen een plaats geven. De persoon is meer dan de aandoening. Persoonlijk herstel is een individueel proces. Zorggebruikers in een centrum voor psychosociale revalidatie worden ondersteund in dit proces door onder professionele begeleiding de zoektocht naar zichzelf aan te gaan en vanuit vertrouwen het heft in eigen handen te nemen.
- **Maatschappelijk herstel:** herwinnen van sociale posities, huisvesting, arbeid, participeren in sociale contexten... Deze vorm van herstel vereist een maatschappij die openstaat voor het opnemen van sociale rollen door elk individu en een actieve deelname aan de samenleving.

De verschillende soorten herstel vormen geen lineair proces dat elke zorggebruiker op dezelfde manier moet doorlopen.³ De vormen kunnen overlappen en elkaar beïnvloeden, waardoor de intensiteit en duurtijd van persoon tot persoon verschillend is. Herstel wordt gerealiseerd door samenwerking met een groot aantal netwerkpartners en is geen exclusieve opdracht voor de centra voor psychosociale revalidatie of voor de brede geestelijke gezondheidszorg.

Dat blijkt ook duidelijk uit de omschrijving van persoonlijk en maatschappelijk herstel. Het is geen traject dat de zorggebruiker alleen kan doorlopen of dat enkel in het centrum voor psychosociale revalidatie kan worden uitgevoerd. Het is een actief proces waarin de zorggebruiker duidelijk op de voorgrond treedt. Enkel de zorggebruiker kan bepalen wat relevant is en wanneer persoonlijk en/of maatschappelijk herstel is bereikt. De invulling hiervan is dus zeer persoonlijk. Iemand die bijvoorbeeld een depressie heeft doorgemaakt kan klinisch hersteld zijn, in die zin dat de persoon geen hinder meer ondervindt van de symptomen van de depressie, maar daarmee is het voor die persoon relevante leven nog niet terug.

Er dient zich bijvoorbeeld een zoektocht aan naar een job die voldoening geeft, de relatie met partner en kinderen wordt opnieuw aangegaan... Voor anderen is de zoektocht naar een job helemaal geen issue, maar komen vragen naar boven rond zelfzorg, nog anderen zoeken naar zingeving in hun vrijetijdsactiviteiten. Het is duidelijk dat herstel niet gaat over puur het leren van vaardigheden. De verschillende levensdomeinen vormen het uitgangspunt, de individuele doelstellingen bepalen waar het traject in het revalidatieprogramma of bij de arbeidscoach GGZ zich op richt, en dat in samenspel met andere betrokkenen.

1.3. Hoe verlopen de trajecten in de praktijk?

We tonen dit aan de hand van twee casussen: het traject van een persoon in het revalidatieprogramma en een traject van een persoon bij een arbeidscoach GGZ. Beide trajecten kunnen los van elkaar staan. In de beschrijvingen tonen we het perspectief van de zorggebruiker.

Traject in het revalidatieprogramma

Doorverwijzing huisarts:

- Persoonlijke info: man, 26 jaar, alleenstaand, inwonend bij ouders met jongere zus
- Zorgnetwerk: verschillende opnames in psychiatrisch ziekenhuis doorgemaakt, ambulante psycholoog (geen actuele ondersteuning meer)
- Diagnose: autisme, depressie, obsessief-compulsieve kenmerken
- Statuut: werkloos
- Opleiding: middelbaar ASO

Ik ben Thomas, 26 jaar. Ik werd door mijn huisarts doorverwezen naar het centrum voor psychosociale revalidatie. Ik ben in het verleden al een aantal keer in aanraking gekomen met psychische hulpverlening door depressieve gedachten en gevoelens. Ik had zowel opnames als gesprekken bij een psycholoog. Deze begeleidingen hebben me goed geholpen om met mijn gevoelens om te gaan, maar ik blijf vastlopen op verschillende vlakken in mijn leven. Ik volgde in het middelbaar ASO, maar ik had geen idee wat ik wilde worden. Daardoor heb ik niet onmiddellijk verder gestudeerd. Ik begon met enkele tijdelijke jobs in de horeca. De onregelmatige uren waren voor mij niet ideaal. Ik vatte een studie geschiedenis aan uit interesse, maar dat viel stil tijdens een depressieve fase. Ik woon momenteel bij mijn ouders. Dat loopt niet zoals gewent, de spanningen lopen vaak hoog op omdat ik momenteel geen zicht heb hoe ik mijn toekomst wil vormgeven.

Tijdens de eerste weken in het centrum voor psychosociale revalidatie lag de focus op het leren kennen van de werking en de andere revalidanten. Ik kon de verschillende groepsmodules uitproberen en bekijken welk traject het best bij mij past door groepsmodules te combineren. Ik maakte samen met mijn individueel begeleider mijn persoonlijk herstelplan op. Daarin zitten mijn doelstellingen op korte termijn vevat, maar dat bevat ook

de doelstelling waarmee ik het traject zou willen afronden. Dat valt me niet makkelijk omdat ik een grote twijfelaar ben, maar toch heb ik doorheen de groepsmodules een aantal ideeën gekregen. Ik leer ook veel van de andere revalidanten. Het is interessant om te horen hoe zij dingen aanpakken en dat motiveert me om zelf ook aan de slag te gaan. Ik hoop dat wanneer ik mijn traject over een aantal maanden afrond, mijn blik op de toekomst duidelijker is.

Het centrum zet in op verschillende groepsmodules rond werk, waar ik mijn kwaliteiten leer kennen en leer hoe ik ze kan inzetten om te solliciteren. Dat komt ook in andere groepsmodules van pas. Er worden ook heel praktische groepsmodules rond huishouden gegeven, waardoor ik een beter zicht heb op wat ik allemaal nodig heb om alleen te gaan wonen. We blijven niet enkel in het centrum, maar oefenen in verschillende contexten, ook met thuisopdrachten. Mijn ouders kunnen op gesprek komen, zodat zij beter begrijpen wat er in mij omgaat en ik ook weet hoe zij naar bepaalde zaken kijken.

Het is niet altijd evident om dit programma te volgen en sommige dagen blijf ik liever in mijn eigen veilige omgeving, maar het geeft me ook de nodige motivatie om actie te ondernemen waardoor ik er vertrouwen in heb dat ik sterker in mijn schoenen sta.

Traject bij een arbeidscoach GGZ

Doorverwijzing psychiater:

- Persoonlijke info: vrouw, 42 jaar, alleenstaand, een dochter in co-ouderschap met ex-partner, beperkt sociaal netwerk
- Zorgnetwerk: ambulante psychiater, medicatieondersteuning, regelmatig contact met huisarts
- Diagnose: angststoornis
- Statuut: invaliditeit, geen arbeidscontract
- Opleiding: master biomedische wetenschappen

Ik ben Eline, 42 jaar. Ik heb verschillende werkervaringen in onderzoek en administratieve jobs, telkens korte periodes. Door mijn faalangst heb ik moeite met het behouden van een job. De angst wordt mij op de duur te groot waardoor ik uitval en ontslag neem. De druk in mijn eerste jobs lag telkens zeer hoog. Ik heb enkele jaren een ziekte-uitkering gekregen, soms gecombineerd met deeltijdse tewerkstelling. Mijn psychiater heeft me doorverwezen naar de arbeidscoach GGZ om uit te zoeken of er voor mij nog mogelijkheden zijn op de reguliere arbeidsmarkt. Dit wordt ondersteund door mijn adviserend arts van de mutualiteit.

In het begin van het traject wist ik niet welke richting ik uit wilde. Ik wilde niet meer aan de slag in de richting van mijn diploma en ik had ook geen langdurige ervaring in een bepaalde sector. Na enkele verkennende gesprekken gingen we concreet aan de slag in de zoektocht naar mijn sterktes en kwaliteiten aan de hand van verschillende methodieken. Samen met de arbeidscoach stelde ik ook doelstellingen op, in kleine stappen. Ik leerde dat ik mezelf vaak te grote verwachtingen oplegde en daardoor onrealistische doelen had die ik nooit kon waarmaken. Daardoor was ik keer op keer teleurgesteld, wat mijn angsten nog versterkte. Ik besepte dat ik graag iets met mensen wilde doen. Op de school van mijn dochtertje kom ik regelmatig langs om te helpen in de klas of om voor te lezen. Een 'echte' job met kinderen lijkt me echter te zwaar.

Toevallig kwamen we op een vacature uit als chauffeur voor ouderen die naar een dagactiviteitencentrum gebracht moeten worden. Dat leek me ideaal: de deeltijdse uren waren goed combineerbaar met de zorg voor mijn dochter en ik zou heel wat menselijk contact hebben, maar tegelijk ook veel afwisseling. Na een aantal weken, waarbij ik wekelijks een gesprek had met de arbeidscoach GGZ aangevuld met telefonische contacten, begon ik opnieuw angstgevoelens te ervaren, voornamelijk door de drukte in het verkeer. Dat bezorgde me stress en ik stond opnieuw op het punt om ontslag te nemen.

Om werkelijk over te gaan tot die stap, ben ik deze keer wel in gesprek gegaan met mijn werkgever die op de hoogte was van mijn angsten. Ik heb die dankzij de ondersteuning van de arbeidscoach durven uitspreken. Wat later bleek dat er een openstaande functie als animator was, waarvoor ik kon solliciteren. Die functie bevalt me momenteel enorm. Ik zit nog steeds in het systeem van progressieve tewerkstelling en combineer dat met een opleiding tot animator. Ik heb voorlopig nog maandelijks contact met de arbeidscoach GGZ waarbij we vooral bekijken waar ik nog tegenaan loop op de werkvloer en hoe ik mijn zelfvertrouwen kan versterken. Op termijn denk ik deze ondersteuning te kunnen afbouwen.

KERN-/ZORGPROCES IN EEN CENTRUM VOOR PSYCHOSOCIALE REVALIDATIE

2.1. Doelgroep

Tot wie richten de centra voor psychosociale revalidatie zich? De doelgroep is niet af te bakenen tot één criterium, er zijn zowel inclusie-, als exclusiecriteria.

Revalidatieprogramma

Inclusiecriteria:

- Leeftijd:
 - Vanaf 16 jaar;
 - Geen begrenzing in leeftijd zolang de individuele doelstellingen overeenkomen met wat in het revalidatieprogramma kan bereikt worden.
- Psychische kwetsbaarheid en zorgnood:
 - DSM-V diagnose (zie conventie);
 - Moeilijkheden situeren zich op verschillende levensdomeinen;
 - Mogelijkheden tot ontwikkeling, vooruitgang en duurzame resultaten.
- Motivatie:
 - Intrinsieke motivatie om een intensief traject (begrensd in tijdsduur) te volgen dat overdag plaatsvindt;
 - Wens tot (re-)integratie (vb. werk, sociale rollen opnemen in de maatschappij);
 - Bereidheid tot werken aan doelstellingen in een voornamelijk groepsgericht programma;
 - In staat om zelf stappen te zetten, vanuit een vrijwillig engagement;
 - Vanuit eigen krachten en mogelijkheden, groeiericht.
- Onafhankelijk van het statuut (niet beperkt tot personen in ziektestatuut).

Exclusiecriteria:

- Acute verslaving, matige of ernstige verstandelijke beperking (zoals bepaald in de conventie);
- Acute crisis;
- Geen zorgnood gericht op persoonlijk en/of maatschappelijk herstel.

Momenteel wordt in de conventie bepaald welke diagnoses ertoe kunnen leiden dat een traject kan worden opgestart. De diagnose zegt evenwel niet steeds iets over de mate waarin bovenstaande criteria aanwezig zijn of over het actuele toestandbeeld en de zorgnood. Dat fluctueert in de tijd.

De doelgroep wordt voornamelijk bepaald door de zorgnood, de wensen van de zorggebruiker en de bereidheid om actief met eigen doelstellingen aan de slag te gaan. Er is meer nodig dan een diagnose. Het gaat dus niet zozeer over een klinische zorgnood waarvoor behandeling nodig is. Het gaat wel over een **psychosociale zorgnood die niet beantwoord kan worden in**

beperkte, veelal op behandeling gerichte, ambulante zorg (zoals tweewekelijkse gesprekken met psycholoog). De behoefte vloeit voort uit tekorten op het vlak van identiteit, zelfbeeld, zelfvertrouwen, mentale veerkracht en obstakels op meerdere levensdomeinen.

De centra voor psychosociale revalidatie zetten niet in op chronische ondersteuning of begeleide tijdsinvulling en dagbesteding. De focus ligt op heroriëntatie en (re-)integratie. Er moet dus bereidheid zijn om actief stappen te zetten. De zorggebruiker weet dat de begeleiding tijdelijk is.

Arbeidscoach GGZ

De begeleiding bij een arbeidscoach GGZ kan plaatsvinden ongeacht of de persoon het revalidatieprogramma volgt of gevolgd heeft. De doelgroep van de arbeidscoaches GGZ komt voor een groot deel overeen met die van het revalidatieprogramma, al zijn er ook enkele specifieke verschillen en accenten:

- Beroepsactieve leeftijd;
- Actieve vraag naar betaalde arbeid en/of ondersteuning bij bestaande tewerkstelling;
- Intrinsieke motivatie zodat daadwerkelijke en bestendige professionele (re-)integratie mogelijk is (eventueel mits heroriëntatie);
- Onvoldoende baat bij 'regulier' aanbod arbeidsbegeleiding;
- De nadruk ligt op het domein arbeid, in tegenstelling tot het revalidatieprogramma waar de focus ruimer op meerdere levensdomeinen ligt.

De centra en de arbeidscoaches willen personen die risico lopen op langdurige uitval op de arbeidsmarkt wegens hun psychische kwetsbaarheid nog meer kunnen oppikken voor een zo snel mogelijke (re-)integratie op de arbeidsmarkt. Ongeveer 1/3^e van de langdurig zieken zijn personen met mentale problemen. Hoe korter de termijn dat iemand arbeidsongeschikt is, hoe groter de kans op succesvolle re-integratie. Het is dus van groot belang om zo snel mogelijk het werk te kunnen hervatten om het (langdurig) ziekteverzuim te kunnen terugdringen.

Arbeid kan een belangrijke hefboom zijn in het herstelproces van personen met een psychische kwetsbaarheid. Maar de huidige capaciteit van de centra voor psychosociale revalidatie en arbeidscoaches laat een snellere interventie niet toe. De aanmeldingen en wachttijden tonen aan dat het aanbod ontoereikend is.

In Vlaanderen zijn er 15 centra voor psychosociale revalidatie waarvan 2 residentiële. Er zijn momenteel 22 VTE arbeidscoaches GGZ. Dat aantal is niet gebaseerd op programmatie op basis van de zorgknoten in de regio's of afstemming met partners. Het aantal personen dat de centra en arbeidscoaches zouden kunnen bereiken is vele malen groter.

Het aanbod van de centra voor psychosociale revalidatie richt zich op volwassenen, maar personen kunnen al vanaf 16 jaar in aanmerking komen. Het is de uitdrukkelijke wens van de centra om in de toekomst meer aandacht te kunnen geven aan jongeren, specifiek bij de overgang naar psychische ondersteuning voor volwassenen. Momenteel wordt deze doelgroep onvoldoende bereikt en zijn er in bepaalde regio's relatief minder aanmeldingen onder 21 jaar.

In andere regio's melden 16-jarigen zich regelmatig aan doordat ander zorgaanbod ontbreekt. In het netwerk GGZ moet bepaald worden wat de noden zijn. Het is belangrijk stil te staan bij de vraag of groepswerking de aangewezen vorm is voor deze doelgroep. Het is namelijk niet steeds evident de leefwereld van jongeren te verbinden met die van bijvoorbeeld 50-plussers in eenzelfde groepsaanbod. Kleine aanpassingen in het aanbod zijn noodzakelijk om deze doelgroep voldoende te kunnen capteren.

Bovendien wordt de GGZ geconfronteerd met nieuwe problematieken, zoals externaliserende stoornissen⁴. Daar moet specifiek rekening mee gehouden worden bij de opmaak van zorgprogramma's. Specifieke trajecten voor bijzondere doelgroepen zijn misschien wel aangewezen. De huidige regelgeving en capaciteit laat onvoldoende toe om hierop te kunnen anticiperen.

2.2. Aanbod

Revalidatieprogramma

De ambulante centra voor psychosociale revalidatie bieden zorggebruikers een intensief programma van bepaalde duur aan. Het aanbod van de centra is gespecialiseerd en voornamelijk groepsgericht. Daaraan zijn vele voordelen verbonden: de kracht van ontmoeting, verbinding, in contact met anderen, jezelf ontmoeten, zicht krijgen op het eigen functioneren, input via het leren van anderen... Om de zorggebruikers goed te kunnen opvolgen, is ook individuele ondersteuning van hun persoonlijk herstelproces aangewezen.

Er is ruimte om te experimenteren en eigen grenzen worden verkend. Het persoonlijk groeiproces wordt steeds bewaakt. De focus op training is van groot belang. Het is dus niet enkel het 'doen' maar ook het omzetten in 'groeien/leren/trainen' dat nagestreefd wordt in het hersteltraject. Idealiter gebeurt dit zoveel mogelijk in de eigen leef- en woonomgeving. In een revalidatieprogramma kan bijvoorbeeld rond structuur gewerkt worden als dat een doelstelling is voor de persoon, maar structuur is geen doel op zich. Zo kan iemand die enkel op zoek is naar dagstructuur niet terecht in het revalidatieprogramma. Er wordt wel een gestructureerd dag- en weekprogramma voorzien, waarbij de persoon keuzes kan maken en doelen stellen. De focus ligt steeds op meervoudige doelstellingen op verschillende levensdomeinen.

Pijlers van het aanbod:

- Vrijwillig (geen gedwongen aanbod), maar niet geheel vrijblijvend. Een duidelijk engagement wordt verwacht;
- Krachten en groeimogelijkheden;
- In de samenleving (+ kwartiermaken en destigmatisering);
- Link tussen modules in groep en individuele begeleiding;
- Doe-gericht leren en reflecteren, in vivo, acties;
- Werken aan eigen doelstellingen (groei en autonomie; verantwoordelijkheid opnemen) op verschillende levensdomeinen (maatwerk);
- Werken met mensen met ondergesneeuwde krachten;
- Herstelgericht/herstelondersteunend;
- Presentie.

	Voor start	Revalidatietraject	Na afronding
Revalidant	<ul style="list-style-type: none"> • Aanmelding • Kennismaking • Overbruggingszorg • Netwerkopbouw/-analyse • Kindreflex 	<ul style="list-style-type: none"> • Groepsmodules • Individuele modules • Herstelplanbespreking • Huisbezoeken 	<ul style="list-style-type: none"> • Nazorggesprekken • Integratie in maatschappij (handhaving van bereikt herstel)
Context (persoonlijk revalidant)		<ul style="list-style-type: none"> • Contextgesprekken individueel • 'Contextmomenten' in groep (incl. kinderen) 	
Zorgpartners	<ul style="list-style-type: none"> • Kennismaking • Zorgoverleg 	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgoverleg • Opmaak vervolgplan 	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgoverleg
Aanbod naar ruimere samenleving	<ul style="list-style-type: none"> • Preventie • Expertisedeling 		

Voorbeeld op- en afbouw in hersteltraject (traject 1 jaar) van het revalidatieprogramma:

- **Maand 1: Opstart**
 - leren kennen van werking, verschillende modules: keuze (gemiddelde aanwezigheid: 4 halve dagen).
- **Maand 2 – 9: Intensief programma**
 - keuze modules op basis van individuele doelstellingen (gemiddelde aanwezigheid: 6 halve dagen), driemaandelijks herstelplanbespreking.
- **Maand 9 – 12: Afbouw**
 - verdere focus op (re-)integratie, plan na traject (gemiddelde aanwezigheid: 2-4 halve dagen).

Het traject kent geen rigide structuur omdat de revalidant het zelf bepaalt en het stuur van het eigen traject in handen heeft. Elk centrum heeft de mogelijkheid eigen accenten in het programma te leggen. Therapeutische groepsmodules zoomen in op verschillende levensdomeinen zoals persoonlijk functioneren, woonautonomie, psychisch welzijn, lichamelijk welzijn, sociale zelfstandigheid, netwerk en relaties en (verkenning naar) wonen en werk/opleiding/vrije tijd.

Elke revalidant heeft een individuele begeleider die het traject nauw opvolgt en samen vormgeeft. Daarnaast kan een zorggebruiker terecht bij de andere leden van het interdisciplinair team. Er zijn altijd verschillende disciplines aanwezig, wat maakt dat elk vanuit zijn expertise integraal deel uitmaakt van het aanbod. Het interdisciplinair werken is een belangrijke troef van de centra voor psychosociale revalidatie. Verschillende expertises en krachten worden gebundeld in de teamwerking: als team wordt het revalidatieaanbod vormgegeven, trajecten worden samen opgevolgd, samen worden conclusies geformuleerd. De verschillende disciplines zitten niet op een eiland naast elkaar.

De centra werken ook discipline-overstijgend, wat wil zeggen dat ieder van het team wordt ingeschakeld in de gehele werking en niet enkel de groepsmodules of individuele sessies binnen het eigen vakgebied kan aanbieden. Dit wordt binnen het team afgestemd.

Het traject bestaat voornamelijk uit groepsessies. Daarnaast zijn er ook individuele sessies, afhankelijk van de noden van de zorggebruiker. Het weekschema wordt door de zorggebruiker samen met de individuele begeleider opgemaakt en besproken of aangepast waar nodig. Op die manier sluit het aanbod zoveel mogelijk aan bij de zorgvraag. Er zit geen rigide structuur in het traject.

Herstelplanbespreking, waarbij de individuele doelstellingen en het traject samen met de zorggebruiker en het team worden besproken, vinden regelmatig en systematisch plaats. De context van de zorggebruiker en andere betrokken (zorg)actoren worden ook actief betrokken via overleg, uiteraard met toestemming van de zorggebruiker. Het traject richt zich met andere woorden ook op de gevolgen voor de omgeving. Hun noden worden evenzeer opgenomen in het traject. Specifieke aandacht gaat naar kinderen. Wanneer iemand in een revalidatietraject stapt, wordt telkens bekeken wat dat betekent voor het hele gezin, dus ook voor de partner en de kinderen. Dat is de zogeheten 'kindreflex'. Kinderen zijn, indien gewenst, op regelmatige basis welkom in het centrum om meer te weten over de werking en wat de ouder doet in het traject.

De nadruk ligt op participatie. Er wordt van de zorggebruiker verwacht dat hij tijdens het traject, met begeleiding en ondersteuning waar nodig, zelf stappen onderneemt om zijn doelstellingen te bereiken. Bij aanvang van het traject is er dus een wens van de zorggebruiker om actieve stappen te zetten, de richting kan nog onduidelijk zijn. De zorggebruikers worden ondersteund in het opstellen van doelen door te experimenteren, uit te proberen en na te denken over hun eigen toekomst. De groepsmodules en individuele gesprekken zijn ondersteunend om de vaardigheden die nodig zijn om de individuele doelen te bereiken aan te leren of te onderhouden. De zorggebruiker zit aan het stuur van het eigen herstelproces. Er wordt meer verantwoordelijkheid bij de zorggebruiker gelegd. Dat wil uiteraard niet zeggen dat de zorggebruiker alles zelfstandig moet doen of kunnen, wel is er een zekere zelfstandigheid en motivatie nodig waardoor de focus van het aanbod echt op het proces en de ontwikkeling kan liggen.

Er wordt altijd samen met de zorggebruiker, zijn context en eventueel andere actoren bekeken of een revalidatieprogramma het meest passend antwoord op zijn of haar zorgnood biedt. Eigen aan het revalidatieproces is dat het tijdelijk en intensief is en kan worden afgesloten, waarbij de persoon zo autonoom mogelijk verder kan in de samenleving. Waar nodig vindt er eventueel nog opvolging van andere actoren binnen de domeinen zorg, werk en/of welzijn plaats.

Arbeid en activering zijn belangrijke speerpunten tot participatie. Werk is doorgaans een erg belangrijk middel om integratie en welbevinden van mensen met psychische problemen in de samenleving te bevorderen en draagt bij aan actief en volwaardig burgerschap.

erarbeidscoach

“In een traject bij de arbeidscoach ligt de focus logischerwijs meer op arbeid, al kunnen ook de andere levensdomeinen aan bod komen als die relevant zijn voor de (re-)integratie op de arbeidsmarkt

Arbeidscoach GGZ

	Voor start	Arbeidscoach GGZ	Na afronding
Zorggebruiker	<ul style="list-style-type: none"> • Aanmelding • Kennismaking • Overbruggingszorg • Netwerkopbouw/-analyse • Kindreflex 	<ul style="list-style-type: none"> • Individuele modules • Groepsmodules 	<ul style="list-style-type: none"> • Nazorggesprekken • Integratie in maatschappij (handhaving van bereikt herstel)
Context (persoonlijk revalidant)		<ul style="list-style-type: none"> • Context-gesprekken, incl. werkgever/opleiding 	
Zorgpartners	<ul style="list-style-type: none"> • Kennismaking • Zorgoverleg 	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgoverleg • Uitbouw zorgnetwerk 	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgoverleg
Aanbod naar ruimere samenleving	<ul style="list-style-type: none"> • Preventie • Expertisedeling 		

Het aanbod van de arbeidscoaches GGZ is aanvullend op bestaande diensten uit sectoren GGZ en werk. Hun begeleiding staat open voor alle personen binnen het netwerk GGZ. Het grootste deel van het aanbod van de arbeidscoach omvat individuele begeleidingen, maar er worden ook groepsmodules aangeboden. De arbeidscoach realiseert geen begeleidingen in het kader van het revalidatieprogramma. Er kan wel een (tijdelijke) overlap zijn wanneer dat aangewezen is voor de zorggebruiker. Dat wil zeggen dat een traject bij de arbeidscoach al kan worden opgestart wanneer de zorggebruiker nog in het revalidatietraject zit. Het is niet zo dat een traject bij een arbeidscoach automatisch volgt na een revalidatietraject of dat er een revalidatieprogramma aan moet voorafgaan. Beiden kunnen volledig los staan van elkaar.

Veel van de principes die beschreven werden bij het aanbod van de centra voor psychosociale revalidatie, komen bij de arbeidscoaches terug. Het aanbod is echter minder intensief. De persoon komt meestal maximaal een keer per week op gesprek, daarnaast kunnen er nog contacten zijn via mail, telefonisch... De frequentie is sterk afhankelijk van de fase van het traject en de hulpvraag van de zorggebruiker. In een traject bij de arbeidscoach ligt de focus logischerwijs meer op arbeid, al kunnen ook de andere levensdomeinen aan bod komen als die relevant zijn voor de (re-)integratie op de arbeidsmarkt. De arbeidscoach kan hiervoor samenwerken met andere actoren.

De arbeidscoach GGZ heeft specifieke GGZ-expertise en voorziet in het aanbod continuïteit tussen begeleiding naar en tijdens werk. Het aanbod richt zich niet enkel tot de zorggebruiker, maar ook tot de werkgever en andere zorgactoren indien aangewezen en gewenst door de zorggebruiker. Daarnaast neemt de arbeidscoach ook een rol op in kwartiermaken, waarbij voor personen met een psychische kwetsbaarheid een veilige, gastvrije plek wordt geïnstalleerd zodat ze aan de samenleving kunnen deelnemen. Zo kunnen ze bijvoorbeeld werkgevers, los van een individuele zorggebruiker in begeleiding, informeren over hoe om te gaan met psychische kwetsbaarheid op de werkvloer. Dit draagt bij tot de integratie van personen met psychische problemen.

Toekomstig aanbod

De arbeidscoaches en centra voor psychosociale revalidatie zijn overtuigd van hun positieve meerwaarde in het traject van zorggebruikers, maar door de huidige capaciteit kunnen ze niet alle hulpvragen voldoende capteren en begeleiden. Het versterken van de centra en de arbeidscoaches is nodig om de expertise ten volle te benutten. Dit moet afgestemd zijn op het aanwezige aanbod in de regio. Een onderzoek naar programmatie op basis van zorgnoden dringt zich op, zodat objectief kan ingeschat worden welke bijkomende capaciteit noodzakelijk is. Als de capaciteit zou worden uitgebreid, moet de kleinschalige manier van werken, met aansluiting in de maatschappij, behouden blijven.

De centra werken momenteel ook al rond opleiding, kennisdeling en preventie, en willen dat in de toekomst nog meer uitbreiden. De centra voor psychosociale revalidatie zijn experts in het herstel- en participatiegericht ondersteunen van zorggebruikers. Het kunnen delen van deze expertise, bijvoorbeeld via inzet van medewerkers in het aanbod van de HerstelAcademie of het organiseren van zitdagen van de arbeidscoach in andere voorzieningen, komt onze geestelijke gezondheidszorg ten goede.

Het *outreaching* werken kan nog meer worden toegepast zodat er nog dichter in de omgeving van de zorggebruiker kan gewerkt worden. Vaardigheden kunnen beter ingezet worden als ze getraind worden in een reële context. Voor deze modules moet het financieringskader ondersteunend zijn. De huidige strikte prestatiefinanciering en de voorwaarden voor deze prestaties belemmeren dat. Een forfaitaire financiering voor bepaalde opdrachten is aangewezen om deze rollen op te nemen. De arbeidscoaches kunnen zich momenteel al veel flexibeler opstellen omdat zij niet gebonden zijn aan de strikte prestatiefinanciering.

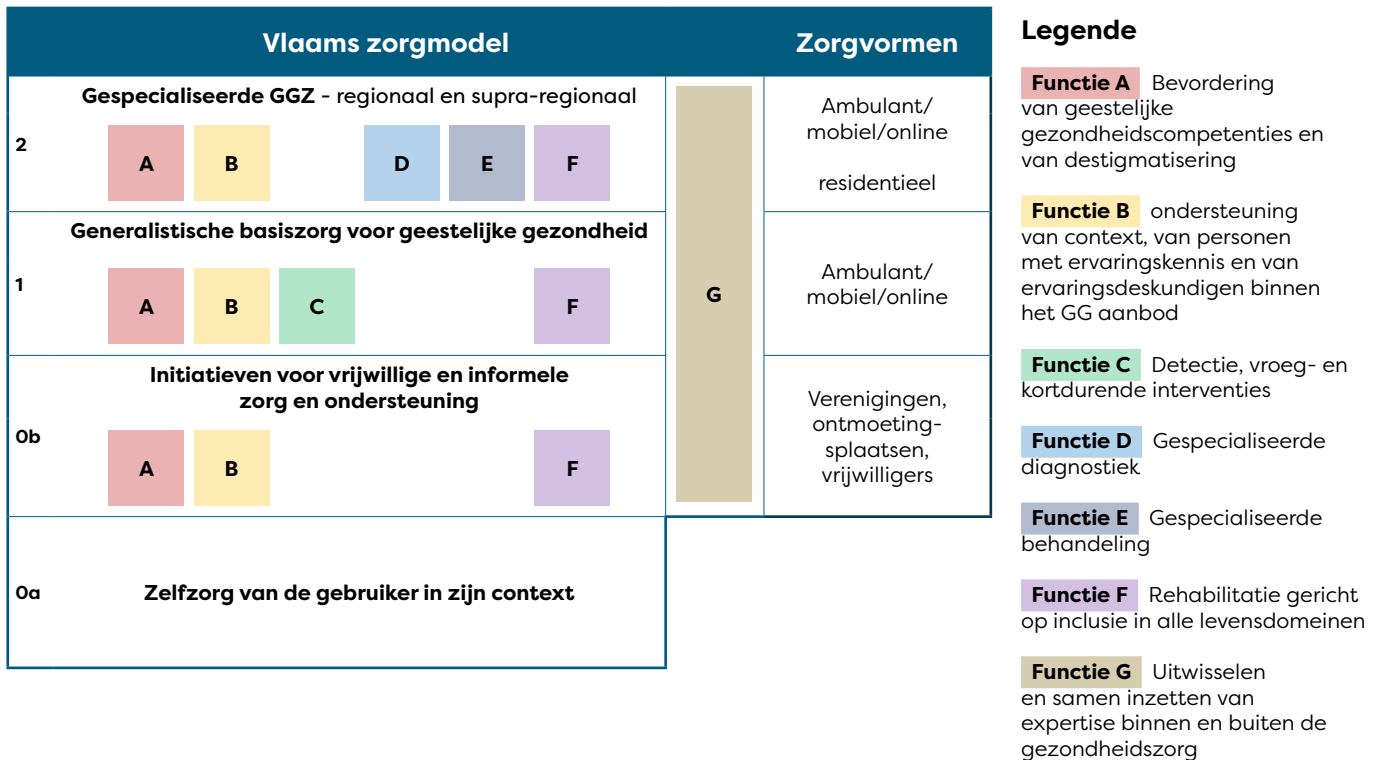
In de doelgroepomschrijving kwam naar voren dat in de toekomst meer impulscontrole-, gedrags- en externaliserende problematieken zullen optreden, wat betekent dat er ook meer beroep zal worden gedaan op de centra voor psychosociale revalidatie. Het aanbod daaraan aanpassen is een uitdaging voor de toekomst. Er moet bekeken worden of deze doelgroep voldoende aansluiting vindt bij het aanbod, of er specifieke groepsmodules moeten worden voorzien, of er nood is om in verschillende groepen te werken....

Het aantal langdurig zieken blijft groeien, waardoor het van groot belang is het aanbod af te stemmen op andere actoren die zich naar deze doelgroep richten. De rol van doorverwijzer is hierin belangrijk, gezien de centra voor psychosociale revalidatie en arbeidscoaches niet de enige actoren zijn die de begeleiding van deze personen op zich nemen.

2.3. Positionering van de psychosociale revalidatie en arbeidscoaches GGZ binnen het nieuw geestelijk gezondheidsbeleid

Aan het einde van de vorige legislatuur werd het kaderdecreet GG goedgekeurd waarin de toekomstige organisatie van het GGZ-aanbod in Vlaanderen werd beschreven in termen van functies⁵, programma's en zorgniveaus⁶. Het decreet GG biedt een wettelijke, decretale basis voor alle acties voor de met de zesde staatshervorming overgekomen sectoren. Deze actoren kunnen elk (delen van) functies opnemen op een of meerdere zorgniveaus.

Volgens het principe van de zorgniveaus situeren de centra voor psychosociale revalidatie zich op niveau 2a, dat is de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg op regionaal niveau. Daarnaast zijn er belangrijke linken naar niveau 1, de generalistische basiszorg, omwille van de herstelbevorderende interventies die aansluiten bij de natuurlijke leefomgeving van de zorggebruiker. In de kernactiviteit richten centra voor psychosociale revalidatie zich op functie F, daarnaast nemen ze ook functie A en B op, gezien het laagdrempelig karakter en de sterke link met ervaringswerk.



De arbeidscoaches zijn niet makkelijk onder een functie te vatten door hun specifieke focus op arbeid en de brugfunctie die ze vervullen. Ze sluiten het dichtst aan bij functies F en G. Het spreekt voor zich dat de centra en de arbeidscoaches het uitwisselen en samen inzetten van expertise benadrukken en zij dus een rol opnemen in functie G. Die samenwerking gebeurt niet alleen met partners binnen de GGZ, maar ook met partners binnen andere belendende sectoren, zoals werk, welzijn...

In de toekomst willen de centra voor psychosociale revalidatie en arbeidscoaches meer kunnen inzetten op populatiegerichte acties vanuit functie A en B door onder andere expertise in te zetten in HerstelAcademies, verbinding te maken met de eerste lijn, te focussen op maatschappelijke bewustwording rond psychische kwetsbaarheid... De centra en de arbeidscoaches zijn actief in tweede lijn, gespecialiseerde zorg, waar hun kernopdracht ligt. Daarnaast ontwikkelen ze ook steeds meer activiteiten richting eerste lijn om nog meer de link naar de directe omgeving van de zorggebruiker en de maatschappij te kunnen maken. De regelgeving en financiering van de centra moet hieraan aangepast zijn.

2.4. Partners in samenwerking

De doorverwijzings-, samenwerkings- en nazorgpartners binnen een revalidatietraject of traject bij de arbeidscoach zijn zeer uitgebreid.

- GGZ-partners (psychiaters, psychologen, CGG, MT, IBW, PAAZ, PZ...);
- Werkgerelateerde partners (GTB, VDAB, GOB, OCMW...);
- Eerste lijn (huisarts, CAW...);
- Context van de zorggebruiker (persoonlijke context);
- Mutualiteiten (voor personen met een ziektestatuut).

De context van de zorggebruiker is een heel belangrijke partner in het traject. De mensen in de omgeving kunnen al betrokken worden nog voor de start van het traject, bijvoorbeeld in de rondleidingen tijdens de kennismaking met het centrum. Hoewel het belangrijk is dat de nabije context op de hoogte is van het traject, is de mate van betrokkenheid natuurlijk afhankelijk van de wensen en noden van de zorggebruiker.

Samenwerking is er niet enkel bij de verwijzing van zorggebruikers. Er zijn verschillende samenwerkingsverbanden op individueel cliëntniveau, bijvoorbeeld met het gespecialiseerd team bemiddeling (GTB), welzijnsactoren, werkgevers in de regio waar groepsmodules en/of stages kunnen plaatsvinden, scholen, Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg... In de toekomst wensen de centra een sterke, regionale ambulante GGZ te kunnen uitbouwen met meer integratie tussen de verschillende ambulante partners en een samenwerking die ruimer gaat dan het individueel cliëntniveau.

2.5. Meerwaarde in zorgcontinuüm/effectiviteit

De centra voor psychosociale revalidatie en arbeidscoaches beschikken momenteel niet over voldoende cijfergegevens om hun effectiviteit aan te tonen, omdat er geen eenduidige criteria zijn bepaald om gegevens bij te houden en daarover te rapporteren. In de toekomst zouden de centra hier wel graag mee aan de slag gaan.

Recent zijn alle centra voor psychosociale revalidatie gestart met de systematische afname van de I.ROC (Individual Recovery Outcomes Counter), een vragenlijst die door hulpverlener en hulpvrager samen wordt ingevuld en de mate van herstel van de cliënt meet bij alle zorggebruikers in een revalidatietraject. De keuze viel op dit instrument net omdat het de mate van herstel meet. Die metingen worden als uitgangspunt gebruikt voor de herstelplanbesprekingen. Op individueel niveau geven de resultaten, samen met de bespreking, een inzage in de effectiviteit voor de zorggebruiker. In zijn huidige vorm is het instrument niet geschikt voor een *benchmarking* van alle centra in Vlaanderen, maar er is wel een grote meerwaarde op het vlak van inhoudelijke besprekingen, ook tussen voorzieningen, en procesmatige ondersteuning doorheen het traject.

omgeving

“De context van de zorggebruiker is een heel belangrijke partner in het traject. De mensen in de omgeving kunnen al betrokken worden nog voor de start van het traject

SCHAKEL IN EEN GROTER GEHEEL

Centra voor psychosociale revalidatie en arbeidscoaches GGZ vullen in de verschillende regio's een leemte in het zorgaanbod in. Daardoor kan de werking licht verschillen tussen regio's en is het afhankelijk van het al aanwezige aanbod in de regio. Maar de kern, gericht op maatschappelijke (re-)integratie en herstel, is gelijk. Dat is ook zo bepaald in de opdracht vanuit de conventie.

3.1. Sterktes

- **Context:** actieve aandacht en betrokkenheid voor de omgeving van zorggebruikers zit in het DNA van de centra voor psychosociale revalidatie. De voorzieningen bevinden zich in de maatschappij, dicht bij de leefwereld van de zorggebruikers, en sluiten zo nauw mogelijk aan bij de context waarin deze zich bevinden.
- **Herstel:** de begeleiding is gericht op het fundamenteel herstel van de autonomie van de zorggebruiker en de integratie in en actieve deelname aan de maatschappij. Professionele ondersteuning van persoonlijk en maatschappelijk herstel is de kernopdracht.
- **Groei:** er wordt de nodige tijd uitgetrokken, wat ervoor zorgt dat het bereikte herstel stevig(er) kan wortelen.
- **Ervaringsdeskundigen, participatie:** als vanzelfsprekend staat de zorggebruiker centraal in de begeleiding. Actieve participatie vormt een belangrijke pijler in het programma. Ervaringsdeskundigen worden ingeschakeld in de begeleiding, maar ook zorggebruikers die dat wensen kunnen als ervaringsdeskundige worden ingezet (bv. in samenwerking met HerstelAcademie) net door hun krachten te ontwikkelen tijdens het programma.
- **Public mental health (PMH):** verbinding met gerichte vindplaatsen door lokale inbedding en kleinschaligheid. Vanuit de laagdrempelige werking in de maatschappij wordt uitgegaan van de krachten en sterktes voor de mentale gezondheid van burgers.

3.2. Zwaktes

- **Te weinig gekend:** vanuit eerste lijn wordt nog te snel doorverwezen naar de psychiatrische ziekenhuizen of psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen. Soms worden zorggebruikers in een minder intensieve zorgvorm gehouden terwijl ze best gebaat zouden zijn met de centra voor psychosociale revalidatie. De doorverwijzingen gebeuren hierdoor niet gericht.
- **Versillen met ander aanbod onvoldoende duidelijk:** ook andere voorzieningen richten zich op herstel, participatie en integratie. Ook al is dat niet hun *core business*. Daardoor is het unieke gegeven van professionele begeleiding in combinatie met het maatschappelijk en persoonlijk herstel van de centra voor psychosociale revalidatie voor externen vaak moeilijker te duiden.
- **Versnipperd:** de centra zijn onvoldoende zichtbaar als geheel. Het zijn verschillende kleinschalige voorzieningen, sommige ingekapseld in een grotere rechtspersoon, anderen onafhankelijk.
- **Ontbreken van infrastructureel kader:** een volledig en duidelijk kader ontbreekt sinds de staats Hervorming (ondanks het recente sectorbesluit van VIPA). Verschillende centra huren hun gebouw, wat tot onzekere en niet volledig aangepaste infrastructuur voor de opdracht leidt.

3.3. Uitdagingen

- **Aanspreekpunt:** sneller opgepikt worden, bijvoorbeeld in tenderoproepen, duidelijke zichtbaarheid naar de buitenwereld.
- **Organiseren:** heldere positie in keten van gezondheidszorg. Samenwerking met andere actoren en tussen centra voor psychosociale revalidatie onderling, tegelijkertijd de kleinschaligheid blijven borgen.
- **Aanbod:** gelinkt aan de zorgnood. Hoe omgaan met doelgroepen die nog niet bereikt worden?
- **Kennis:** inzetten op de begeleiding vanuit de herstelbenadering, expertise in arbeid en psychische kwetsbaarheid, begeleiding op verschillende levensdomeinen in combinatie met het regelgevend kader.
- **Flexibele werking en financiering:** regelgeving dient ondersteunend te zijn aan expertisedeling, innovatie, zorg op maat, vermaatschappelijking, zorgcontinuïteit, samenwerking.

3.4. Bedreigingen

- **Herstel als ‘modewoord’:** herstel is een woord dat momenteel vele ladingen denkt waardoor de uniciteit van de centra voor psychosociale revalidatie dreigt te verdwijnen. Ook andere voorzieningen – zoals de initiatieven beschut wonen, PVT’s, dagbehandeling vanuit PZ en PAAZ – kiezen er vandaag namelijk voor om herstelgericht te werken.
- **‘Overlap’ met activiteiten andere voorzieningen:** de revalidatiecentra moeten sterker het onderscheid kunnen aangeven t.a.v. het groeiend aanbod dagbehandeling in PZ en PAAZ.
- **Conventie als regelgevend kader:** de conventiemethodiek en de manier van financiering is wat de verschillende typeconventies binnen de revalidatiesector bindt. Aanpassingen aan deze regelgeving verlopen moeizaam en worden afgetoetst over de verschillende typeconventies heen, terwijl er zorginhoudelijk meer logische verbindingen te maken zijn met andere zorgactoren.
- **Versnippering ambulante GGZ:** het aanbod is verdeeld en het is onvoldoende duidelijk welke zorgvormen aangewezen zijn voor welke zorgnoden. Er kan vaak ook moeilijk geschakeld worden of gelijktijdig zorg plaatsvinden tussen verschillende aanbodvormen. Zorggebruikers vinden hun weg niet in deze complexiteit en dreigen hierdoor langer te moeten wachten op de juiste ondersteuning.

UITDAGINGEN VOOR DE TOEKOMST

Vanuit de analyse van de huidige werking, het toekomstbeeld, de sterktes, zwaktes en uitdagingen formuleerden de centra voor psychosociale revalidatie een aantal maatschappelijke uitdagingen en concrete actiepunten.

4.1. Aansluiting bij eerste lijn

De centra voor psychosociale revalidatie situeren zich in de tweede lijn (gespecialiseerde zorg). Deze voorzieningen ontstonden oorspronkelijk als alternatief voor langdurige psychiatrische hospitalisatie. Personen komen in een centrum voor psychosociale revalidatie terecht na doorverwijzing, vaak door een professional. Een nauwe verbinding met de eerste lijn⁷ is vanuit de positie van de centra zeer belangrijk omdat op dat niveau vaak de eerste contactname gebeurt in de zoektocht naar hulpverlening, bijvoorbeeld bij de huisarts.

De centra bevinden zich middenin de samenleving en ze wensen zoveel mogelijk aan te sluiten bij de levensdomeinen die relevant zijn voor de zorggebruiker. Een goede samenwerking met allerlei diensten op de eerste lijn op het vlak van wonen, werken, vrije tijd, welzijn, gezondheid... is dus wenselijk.

De opdracht van de centra voor psychosociale revalidatie gaat duidelijk verder dan pure 'revalidatie'. 'Revalideren' geeft de indruk dat er een behandeling is voorafgegaan, maar dat is niet noodzakelijk zo. Het is belangrijk dat er geen 'schotten' gecreëerd worden tussen verschillende vormen van aanbod. Bovendien moet er steeds rekening worden gehouden met ontwikkelingen binnen de verschillende beleidsniveaus (niveau gemeenschappen, federaal) en hoe hierop ingespeeld kan worden.

Momenteel is het aanbod van de centra voor psychosociale revalidatie te onbekend bij de eerste lijn. In bepaalde regio's hebben eerstelijnsactoren zich zodanig georganiseerd dat er onvoldoende gericht wordt doorverwezen of dat bepaalde personen te lang op het niveau van de eerste lijn blijven. Wanneer gespecialiseerde zorg op het juiste moment wordt ingeschakeld, draagt dat bij tot diverse maatschappelijke voordelen zoals de daling van het ziekteverzuim. In de toekomst zouden de centra graag de groep die doorverwezen wordt vanuit de eerste lijn zien groeien.

Acties:

- Exploreren doorverwijzingsprotocols
- In kaart brengen van activiteiten richting eerste lijn vanuit de positie in de tweede lijn

4.2. Minder versnippering in ambulante GGZ

De maatschappelijke kost voor ambulante behandelingen is lager dan die voor residentiële zorg⁹. Bovendien is de impact op het dagelijkse leven van de zorggebruiker vaak minder groot. De persoon gaat voor en na de begeleiding naar zijn eigen woonomgeving.

Een revalidatietraject staat zelden op zichzelf. Vaak is er voor- en/of nazorg (of gelijktijdige zorg) aangewezen voor de zorggebruiker. De ambulante GGZ moet sterker, beter afgestemd en meer uitgebouwd worden. Daarvoor is geïntegreerde samenwerking tussen verschillende GGZ-actoren, zowel ambulante als residentiële, noodzakelijk. Zo kunnen maatschappelijke middelen optimaal worden ingezet. Momenteel is de ambulante GGZ erg versnipperd en werken actoren soms op een eiland. Er is een sterke ambulante poot nodig, vanuit een populatiedenken, waarin herstelgericht werken een grote meerwaarde heeft. Lokaal en regionaal kunnen (zorg) actoren veel meer geclusterd en geïntegreerd werken, waarbij rekening wordt gehouden met de specificiteit van elk van de partners, zoals arbeidscoaches, vrijetijdsconsulenten, dagactiviteitencentra, Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, groepsprogramma's vanuit de centra voor psychosociale revalidatie... De clustering is gericht op de complementariteit.

De maatschappelijke kost voor ambulante behandelingen is lager dan die voor residentiële zorg. Bovendien is de impact op het dagelijkse leven van de zorggebruiker vaak minder groot.

Acties:

- Exploreren van geïntegreerde samenwerking met bijvoorbeeld CGG, MT in proeftuinen: focus op opnamevoorkomend werken, personen in de samenleving, interdisciplinair werken. Rekening houden dat er overlap is in de doelgroep, maar dat de kernopdracht van beide soorten voorzieningen fundamenteel anders is
- Onderzoeken hoe netwerken de samenwerking tussen organisaties kunnen bevorderen. Een regelluw kader is hiervoor noodzakelijk
- Uitdragen van visie op positie van arbeidscoach GGZ in arbeidsmarkt
- Organiseren van brugzorg

4.3. Programmatie gebaseerd op zorgnoden

Het simpelweg verhogen van het reeds bestaande aanbod komt onvoldoende tegemoet aan de nood om de behandelkloof te dichten. De geestelijke gezondheidszorg moet nadenken over een gepast en dynamisch zorgaanbod dat aansluit bij de (toekomstige) zorgnoden¹⁰. Daarvoor is flexibiliteit in en tussen zorgvormen noodzakelijk. Er kan zo sneller ingespeeld worden op de zorgnoden.

Het aanbod van de centra voor psychosociale revalidatie en arbeidscoaches GGZ is historisch gegroeid. Oorspronkelijk waren er vijf centra. Twee daarvan waren residentieel in Vlaanderen. Er werd later, bij de oprichting van de netwerken GGZ art. 107, aan elk netwerk GGZ een ambulante centrum voor psychosociale revalidatie met 1 VTE arbeidscoach GGZ gekoppeld. Dat zorgt voor een ongelijke spreiding, met een aanbod dat niet afgestemd is op de noden van de inwoners en de grootte van een bepaalde regio. Bij de uitbreiding van capaciteit VIA-5 werd bijvoorbeeld rekening gehouden met het aantal inwoners in een bepaalde regio, maar er werd geen rekening gehouden met het aantal kwetsbare personen of met de reeds aanwezige zorg in deze regio. Het is niet duidelijk in welke mate het aanbod van de centra voor psychosociale revalidatie bijdraagt aan over- of unmet need.

Het aanbod en de spreiding van de revalidatievoorzieningen zijn historisch gegroeid. We onderzoeken op basis van objectieve data of het aanbod voldoet aan de vraag en op basis hiervan kan beslist worden om te investeren in de capaciteit en de spreiding ervan zodat het aanbod toegankelijker wordt. - Beleidsnota WVGA 2019-2024

De huidige spreiding en het ontbreken van gegevens stellen de centra voor psychosociale revalidatie en arbeidscoaches voor uitdagingen. In verschillende regio's zijn er wachttijden en het is momenteel niet altijd duidelijk of personen op de 'juiste' wachtlijst staan. Ze staan misschien zelfs op meerdere wachtlijsten. Ook de behoefte of zorgnood kan veranderen in de loop van de wachttijd.

Bovendien kunnen zorggebruikers nood hebben aan gelijktijdige zorg of een tijdelijke nood aan intensievere opvolging, afgewisseld met minder intensieve zorgvormen. Het aanbod van de centra voor psychosociale revalidatie kan dus niet alleen op zichzelf bekeken worden als antwoord op de zorgnoden. Het gaat om een samenspel van verschillende actoren die voor de doelgroep een aanbod bieden. In het algemeen moet bekeken worden of het aanbod dekkend is voor de regio. Verschillende vormen van ambulante GGZ moeten op elkaar afgestemd worden, zodat de zorggebruiker (en eventuele doorverwijzer) goed weet welk aanbod het meest geschikt is voor welke zorgvraag. Dat is een uitdaging voor de netwerken.

Het aanbod wordt best vanuit populatienoden vormgegeven, met andere woorden: de nood aan bijkomende capaciteit wordt geïdentificeerd vanuit de zorggebruikers, niet vanuit de zorgaanbieders. Een programmatie wordt idealiter GGZ-breed uitgewerkt, en dus niet apart per subsector. Het kan niet de bedoeling zijn aanbod te ontwikkelen of te versterken zonder dat er zicht is op de effectieve noden.

Acties:

- Onderzoeken welke dekkingsgraad centra voor psychosociale revalidatie en partners hebben voor bepaalde pathologieën (momenteel vastgelegd door overheid) en de bijhorende zorgnoden. Deze oefening gaat ruimer dan enkel de centra voor psychosociale revalidatie over het gehele aanbod vanuit GGZ

4.4. Samenwerking met andere actoren

De verschillende levensdomeinen zoals arbeid, welzijn, wonen... hebben een belangrijke maatschappelijke impact. De samenwerking tussen actoren binnen deze domeinen vormt een uitdaging en is van groot belang. Aan de hand van maatschappelijke doelstellingen kunnen gerichte samenwerkingen worden uitgewerkt. Momenteel vormen te veel aanbodvormen een eiland op zich, waardoor er geen duidelijk overzicht is en het voor de zorggebruiker moeilijk wordt een gerichte keuze te maken in functie van diens zorgnood.

Acties:

- Aanbod van de centra voor psychosociale revalidatie en arbeidscoaches over Vlaanderen beter en duidelijker kenbaar maken

4.5. Zorginnovatie

In oorsprong zijn alle revalidatieconventies innovatieve actoren die een leemte binnen het GGZ-netwerk opvullen en dus aanvullend werken op bestaande initiatieven. Het valt echter steeds zwaarder om innovatief te werken. Om te kunnen inspelen op innovatie is een ondersteunend regelgevend- en financieringskader van belang. Een zuivere prestatiefinanciering zoals nu laat niet toe om hier snel en voldoende op in te zetten. Stimuli tot samenwerking ontbreken. Bovendien legt de strikte regelgeving in de conventies op met welke partners er wanneer kan samengewerkt worden. De centra voor psychosociale revalidatie zijn daardoor beperkt in de experimenteerruimte. Het beter kunnen aansluiten op zorgnoden, wat eerder reeds aan bod kwam, is hier een onderdeel van.

Acties:

- De financieringsmethodiek aanpassen naar een gedeeltelijke forfaitaire financiering zodat die niet enkel gericht is op prestaties met de zorggebruiker, maar wel op het aanbod dat de centra voorzien (bijvoorbeeld financiering voor opdrachten zoals expertisedeling, betrekken context...). Hierop aansluitend: de prestatiedruk verlagen
- Krachten en expertise over de verschillende voorzieningen heen op Vlaams niveau bundelen
- Trachten tijdelijke projecten te kunnen bestendigen bij positieve evaluatie

4.6. Impact

Impact is meetbaar en zou ook zichtbaar gemaakt moeten kunnen worden. Gezien het proces in revalidatietrajecten belangrijk is, is er een voorkeur voor procesgerichte indicatoren. Er zijn momenteel geen resultaten die over heel Vlaanderen verzameld worden om de impact van de centra voor psychosociale revalidatie en arbeidscoaches GGZ als antwoord op zorgnoden concreet te maken.

Acties:

- Inzetten op gezamenlijke registratie en verwerking van gegevens

NAAR EEN NIEUWE REGELGEVING

Het is duidelijk dat de centra voor psychosociale revalidatie en de arbeidscoaches GGZ-iaten in het GGZ-landschap invullen door zich te richten op actieve participatie en persoonlijk en maatschappelijk herstel van de zorggebruikers. Veel meer dan andere actoren bevinden de centra zich in de maatschappij en gaan ze aan de slag in en met de context van de zorggebruiker. Zo is de geboden ondersteuning zeer nabij en laagdrempelig. In het kader van overbruggingszorg is die positie een grote meerwaarde.

Het regelgevend kader zou die manier van werken meer en beter moeten ondersteunen. De huidige conventies met hun prestatiegerichte financiering rechtstreeks gelinkt aan contacten met de zorggebruiker of zijn context, laten weinig ruimte voor samenwerking en innovatie.

Eind 2022 werden de conventies aangepast waardoor de centra voor psychosociale revalidatie eenzelfde conventie kregen. Dat was een eerste kleine stap in de goede richting. Heel wat vragen tot aanpassing konden echter nog niet worden meegenomen, omdat ze niet budgetneutraal waren of moeten afgestemd worden met andere typeconventies die niet dezelfde doelgroep hebben en andere opdrachten opnemen.

Bovendien bleven de aanpassingen binnen het huidige kader van de conventie. De gehanteerde manier om dergelijke aanpassingen te bekomen is omslachtig. Het beperkt de centra om hun kernopdracht voor herstel en participatie optimaal vanuit een flexibel kader uit te voeren. Een fundamentele herdenking van de conventietechniek met bijhorende regelgeving en prestatiefinanciering dient zich aan. De centra voor psychosociale revalidatie wensen hierover met de Vlaamse overheid in gesprek te gaan.

Aanbevelingen voor Vlaamse overheid:

- Maak werk van **de structurele erkenning en een flexibel regelgevend kader** waar naast de basiswerking ruimte is voor expertisedeling en het bestendigen van succesvolle projecten. Dit kader geeft perspectief op lange termijn en omvat minstens volgende werven:
 - Ambulante lokale communities;
 - Zorginnoverende praktijken (bijvoorbeeld jongeren, projecten Vlaamse Relance);
 - Knooppunten;
 - Arbeid.
- **Investeer in een groei van de centra voor psychosociale revalidatie en arbeidscoaches GGZ** via bijkomend budget voor zowel capaciteit als innovatie, met behoud van de kleinschaligheid in de praktijkwerking. De vele aanmeldingen en wachtlijsten tonen dat het huidige aanbod ontoereikend is en dat de noden niet gedekt worden. Een vertrekbasis is een uitbreiding met 50% van de huidige middelen. Onderzoek moet uitwijzen welke capaciteit nodig is om aan de zorgnoden te voldoen, afgestemd met het aanwezige aanbod vanuit de verschillende actoren in een regio.
- Creëer - door aangepaste regelgeving en financiering - vanuit de positie van de centra in tweede lijn, **actieve verbindingen met de eerste lijn** zodat personen die het nodig hebben sneller beroep kunnen doen op de expertise van gespecialiseerde GGZ waardoor langdurige uitval vermeden kan worden. Hiervoor moeten de conventies en de prestatiefinanciering herdacht worden.
- Bied, bijvoorbeeld onder de vorm van proeftuinen, mogelijkheden om **geïntegreerde samenwerking** met andere ambulante GGZ-actoren regionaal verder uit te bouwen.

EINDNOTEN

¹Er wordt in de tekst ‘revalidatieconventie’ en ‘revalidatievoorziening/-centrum’ gebruikt. De conventies verwijzen naar het regelgevend kader voor zowel de revalidatietrajecten als de arbeidscoach GGZ, de voorziening is de uitbater van de revalidatie- en arbeidscoachtrajecten.

² Van der Stel, 2013

³ Wuyts, 2017

⁴ Bruffaerts, 2021

⁵ Functie A = bevorderen van geestelijke gezondheidscompetenties en van destigmatisering; functie B = ondersteuning van context en van ervaringsdeskundigen; functie C = detectie, vroeg- en kortdurende interventies; functie D = gespecialiseerde diagnostiek; functie E = gespecialiseerde behandeling; functie F = rehabilitatie gericht op inclusie in alle levensdomeinen; functie G = uitwisselen en samen inzetten van expertise binnen en buiten de gezondheidszorg

⁶ Zorgniveau 0a: zelfzorg en zorg of ondersteuning door de eigen context; zorgniveau 0b: initiatieven voor vrijwillige en informele zorg of ondersteuning; zorgniveau 1: generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid; zorgniveau 2a: gespecialiseerde GGZ – regionaal niveau; zorgniveau 2b: gespecialiseerde GGZ – supraregionaal niveau

⁷ Bruffaerts, 2021

⁸ Bruffaerts, 2021

⁹ Bruffaerts, 2021

¹⁰ Bruffaerts, 2021

LITERATUUR

Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), pp. 11-23.

Bruffaerts, R. (2021). *De mythes voorbij. Het Public Health perspectief in de geestelijke gezondheidszorg*. Brussel: Zorgnet-Icuro.

(2010). *Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken*. Vlaanderen.

Pauwelyn, L. (2016). *Revalidatieconventies Geestelijke gezondheidszorg: Portfolio en aanbevelingen voor een nieuw Vlaams beleid*. Brussel: Zorgnet-Icuro.

Van der Stel, J. (2013). *Zelfregulatie, ontwikkeling en herstel. Verbetering en herstel van cognitie, emotie en motivatie en regulatie van gedrag*. Swp, Uitgeverij B.V.

Vandeurzen, J. (2016). *Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid. Strategisch plan 2017-2019*. Vlaamse Regering 2014-2019.

Vandeurzen, J. (2019). *De Vlaamse revalidatie: op weg naar een gestroomlijnd, geïntegreerd Vlaams revalidatiebeleid. Conceptnota*. Vlaamse Regering 2014-2019.

Wuyts, Y. (2017). *Functie 3 in de netwerken geestelijke gezondheid volwassenen: Op weg naar zelfrealisatie door persoonlijk en maatschappelijk herstel*. Brussel: Zorgnet-Icuro.



Zorgnet-Icuro vzw
Guimardstraat 1, 1040 Brussel

T. +32 2 511 80 08
ondernemingsnr. 417659828

www.zorgneticuro.be
post@zorgneticuro.be