

**Bachelorproef
Professionele Opleidingen
Studiegebied Sociaal-Agogisch Werk**

Academiejaar 2020-2021

**Op pad doorheen de geestelijke gezondheidszorg:
van hindernissenparcours tot droomtraject**

Een studie naar gezinsgerichte mogelijkheden om de ervaringen van minderjarigen en hun context met geestelijke gezondheidszorg te verbeteren

Bachelorproef aangeboden door

Laura De Houwer

tot het behalen van de graad van

Bachelor in de Gezinswetenschappen

Bachelorproefbegeleider

Adelheid Rigo

Voorwoord

Idealisme. Daarmee begon ik aan mijn studies gezinswetenschappen. Dit met als doel anderen te helpen en zo toch op een manier te kunnen bijdragen aan een betere wereld. Het idee dat geestelijke gezondheidszorg beter zou kunnen én moeten zijn, stond aan de wieg van deze bachelorproef. Datzelfde idealisme waarmee ik vier jaar geleden de opleiding startte, schemert nog steeds door, zij het met een gezonde dosis realisme erbij.

Studeren en praktijkervaring opdoen, is niet enkel rozengeur en manenschijn. Zeker niet in een sector die zo precair is als de geestelijke gezondheidszorg. Als hulpverlener kom je in aanraking met wat men soms noemt 'de lelijke kant van het leven'. Evengoed hakt dit er vaak stevig in op persoonlijk vlak. Desalniettemin is het wel een ongelofelijk boeiende sector, zowel op gebied van organisatie en beleid alsook op gebied van individuele en gezinsgerichte zorg. Bovendien geloof ik er sterk in dat die 'lelijke kant' van het leven heel wat krachten inhoudt die tot groei en herstel kunnen leiden, mits de juiste ondersteuning. Laat dat nu net hetgene zijn dat ik met mijn studies hoop te bereiken, die pijnlijke kant om te buigen tot iets moois en sterk.

Of ik al dan niet die wereldverbeteraar word die ik bij de start van de opleiding zo ambieerde, weet ik niet. Wel staat vast dat het me aan intrinsieke motivatie niet ontbreekt en dat de opleiding me, zowel theoretisch als praktisch, heeft klaargestoomd om het werkveld in te duiken en daar het beste van mezelf te geven. De hele wereld verbeteren is wellicht wat hoog gegrepen, maar iemands wereld een beetje beter kunnen maken, betekent ook al heel wat.

Doorheen deze bachelorproef is dat dan ook het hoofddoel: de geestelijke gezondheidszorg verbeteren op een manier dat deze beter tegemoet komt aan de noden van kinderen, ouders en hulpverleners en de ervaringen van gezinnen in contact met hulpverlening verbeteren. Dit met als gehoopte resultaat een betere toegang tot en kwaliteit van geestelijke gezondheidszorg en zo ook een verbetering van het mentale welzijn van kinderen en ouders.

Tot slot zijn er heel wat mensen die rechtstreeks en onrechtstreeks een aandeel hebben (gehad) in het welslagen van mijn opleiding en deze bachelorproef. Bij deze mijn oprechte dank aan mijn man Niels, mijn ouders, mijn bachelorproefbegeleider mevrouw Rigo, de docenten van de opleiding, het Stuvo+ team, Ericia, en mijn medestudenten. Het is fijn om een team supporters aan de zijlijn te hebben staan, die elk op hun beurt ook mijn wereld een stukje mooier hebben gemaakt.

Voorwoord	1
Inleiding	7
DEEL 1: PROBLEEMVERKENNING EN VERANDERINGSDOELEN	8
1. Probleemstelling	8
1.1 Probleemoriëntatie.....	8
1.2 Centrale vraag	8
1.3 Deelvragen	8
2 Praktijkgerichte probleemverkenning	10
2.1 Beschrijving professionele context.....	10
2.2 Beschrijving informatiebronnen.....	10
2.3 Beschrijving en analyse van de problemen en krachten	11
2.3.1 Praktische problemen en drempels bij het aangaan en onderhouden van psychische hulp: toegankelijkheid, betaalbaarheid en transparantie van de hulpverlening	11
2.3.2 Negatieve ervaringen in contact met de geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie: stigmatisering, dwang, disempowerment en secundaire victimisatie.....	13
2.3.3 Positieve en ondersteunende aspecten van hulpverlening: praten, vertrouwen, continuïteit, betrokkenheid en empowerment	15
3 Veranderingsdoelen.....	17
DEEL 2: LITERATUURSTUDIE EN ANALYSE.....	19
1 Inleiding.....	19
2 Hulpverleningsgerichte en organisatorische invalshoek: preventie, vroegdetectie en -interventie, transparantie, zorgcontinuïteit en wachttijden.....	20
2.1 Inleiding.....	20
2.2 Preventie en vroegtijdige detectie van psychische problemen	20
2.2.1 Aandacht voor mentaal welzijn en ondersteuning bij psychische problemen op school	21
2.2.2 Mentaal welzijn binnen de gezinscontext: preventieve en laagdrempelige opvoedingsondersteuning voor ouders van kinderen met een psychische kwetsbaarheid	27
2.3 De cliënt met een hulpvraag: een gecompliceerd parcours doorheen de geestelijke gezondheidszorg.....	28
2.3.1 Stepped care, matched care & subsidiariteit.....	29
2.3.2 Wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg: een complex probleem	29
2.3.3 Impact en beleving van wachttijden bij zorggebruikers	34
2.3.4 Invulling van de wachttijd.....	35
2.4 Besluit	36
3 Sociaalpsychologische invalshoek: Spoedeisende psychiatrische hulpverlening voor kinderen en jongeren.....	37
3.1 Inleiding.....	37

3.2	Organisatie van de geestelijke gezondheidszorg en crisis- en urgentiehulpverlening voor kinderen en jongeren in Vlaanderen	37
3.3	Organisatie van spoedeisende psychiatrische hulpverlening voor kinderen en jongeren	39
3.4	Spoedeisende psychiatrische hulpvragen: kenmerken van de zorgvrager(s)	41
3.4.1	Kwantitatieve gegevens over psychiatrische crisis- en urgentiehulpvragen	41
3.4.2	Eigenschappen zorgvragers en verschillende hulpvragen	42
3.5	Interventies bij spoedeisende psychiatrische hulpvragen	43
3.5.1	Subsidiariteitsprincipe	43
3.5.2	Ambulante en mobiele hulpverlening	43
3.5.3	Interventies op spoeddiensten	44
3.5.4	Crisisbedden, wachttijden en capaciteitsproblemen	46
3.5.5	Gedwongen opname: van een ingrijpende maatregel naar wachtlijstontduiking	48
3.6	Besluit	49
4	Communicatie- en therapiegerichte invalshoek: kwaliteit van hulpverlening: herstel, gelijkwaardigheid, participatie en empowerment in de geestelijke gezondheidszorg... ..	50
4.1	Inleiding	50
4.2	Voorwaarden en grondhoudingen voor herstelbevorderende geestelijke gezondheidszorg	50
4.2.1	Grondhoudingen van een hulpverlener volgens Carl Rogers	50
4.2.2	Empowerment en herstel- en krachtgericht werken	52
4.2.3	De ideale hulpverlener	54
4.2.4	Ondersteuning van en vanuit het informele netwerk en de gezinscontext	56
4.3	Disempowerment, secundaire victimisatie en traumatische ervaringen met hulpverlening	57
4.3.1	Iatrogene schade, disempowerment en traumatisering in contact met hulpverlening ..	57
4.3.2	(Gedwongen) opname en vrijheidsbeperkende maatregelen	60
4.3.3	Familiebetrokkenheid: voor elke mogelijkheid een probleem?	63
4.3.4	Werkt het huidige beleid disempowerment in de hand?	64
4.4	Besluit	66
5	Conclusie	67
DEEL 3: VERANDERINGSSTRATEGIEËN	68	
1	Inleiding	68
2	Veranderingsstrategieën met betrekking tot preventie, laagdrempelige hulpverlening, transparantie, zorgcontinuïteit en wachttijden	69
2.1	Inleiding	69
2.2	Strategieën voor betere preventie, vroegdetectie en laagdrempelige ondersteuning in de school- en gezinscontext	69

2.2.1	Beschikbaarheid, krachten en beperkingen van het huidige preventieve en laagdrempelige ondersteuningsaanbod	69
2.2.2	Implementatie van een geïntegreerd vormingsaanbod geestelijke gezondheid voor kinderen, ouders en leerkrachten in de leerplannen van het basis- en secundair onderwijs .	70
2.2.3	Meerwaarde van vormingen gericht op preventie en eenmalige interventies	72
2.3	Strategieën voor meer transparantie en continuïteit in de hulpverlening en om wachttijden weg te werken	72
2.3.1	Centraal aanmeldpunt: naar meer transparantie en zorgcontinuïteit	72
2.3.2	Geïntegreerd Breed Onthaal voor de geestelijke gezondheidszorg	73
2.3.3	Wachttijden aanpakken.....	74
2.4	Besluit	77
3	Veranderingsstrategieën met betrekking tot spoedeisende psychiatrische hulpverlening voor kinderen en jongeren	78
3.1	Inleiding.....	78
3.2	Strategieën voor het creëren van toegankelijke, snel inzetbare en adequate crisis- en urgentiehulpverlening bij acute psychische problemen.....	78
3.2.1	Het crisismeldpunt voor minderjarigen: verdere integratie en uitbouw van het aanbod geestelijke gezondheidszorg binnen de crisismeldpunten van Integrale Jeugdhulp ..	79
3.2.2	De bestaande spoeddiensten als rechtstreeks aanmeldpunt bij acute psychische crisis	80
3.2.3	Ondersteunen van spoedmedewerkers om psychische urgentiehulpvragen op te vangen	81
3.2.4	Aanbevelingen bij een crisisopname	82
3.3	Besluit	83
4	Veranderingsstrategieën voor meer gelijkwaardigheid, participatie en empowerment in de geestelijke gezondheidszorg.....	84
4.1	Inleiding.....	84
4.2	Strategieën om kwaliteit van hulpverlening te verbeteren en om meer empowerment en participatie te genereren in de geestelijke gezondheidszorg	84
4.2.1	Empowerment in de brede hulpverlening: destigmatisering, sensibilisering en preventie	84
4.2.2	Crisis-, conflict- en agressiehantering: vroeginterventie en communicatie als leidraad voor een empowerende aanpak van crisissituaties	85
4.2.3	Alternatieven voor de klassieke vrijheidsbeperkende maatregelen in de psychiatrie	88
4.2.4	Aanbevelingen tijdens en na dwanginterventies.....	89
4.2.5	De rol van de individuele hulpverlener.....	91
4.2.6	Verbeteren van empowerment en participatie voor kinderen en jongeren in de geestelijke gezondheidszorg	92
4.3	Besluit	93
5	Conclusie	94
EVALUATIE EN BESLUIT	95	

BIBLIOGRAFIE	98
BIJLAGEN	107
Bijlage 1: flyer crisiskaart op maat van kinderen en jongeren.....	107

Inleiding

Dat de huidige geestelijke gezondheidszorg niet altijd de zorg is die veel kinderen, en bij uitbreiding hun naasten, nodig hebben, raakte me doorheen de opleiding. Zowel tijdens de lessen als daarbuiten stuitte ik op de beperkingen en tekortkomingen van psychische hulpverlening. Omdat ik daarnaast zag hoe het wel beter zou kunnen en merkte wat het effect is op het mentale welzijn van hulp die tegemoet komt aan de wensen en noden van cliënten, besloot ik deze bachelorproef te wijden aan hoe de ervaringen van kinderen en hun ouders in contact met de geestelijke gezondheidszorg verbeterd kunnen worden.

Deze bachelorproef start met het in kaart brengen van huidige praktijksituaties, met aandacht voor de noden en wensen van minderjarigen en hun context. Zowel positieve aspecten als werkpunten worden aangehaald en omschreven. Hieruit komen de centrale onderzoeksvraag en bijkomende deelvragen naar voren, dewelke een basis vormen voor het opstellen van enkele veranderingsdoelstellingen.

De literatuurstudie linkt vervolgens theoretische concepten, organisatiestructuren, beleidsplannen en bijkomende achtergrondinformatie aan de bestaande praktijk. Deze wordt opgedeeld in drie delen met elk een centraal thema dat vanuit de probleemstelling naar voren kwam. Per deel worden relevante onderzoeken en bijkomende praktijkvoorbeelden omschreven en onderzocht.

Tot slot wordt er een antwoord geformuleerd op de onderzoeksvragen en veranderingsdoelstellingen. Dit in de vorm van veranderingsstrategieën, waarbij aandacht besteed wordt aan de rol van gezinswetenschappers en van waaruit concrete aanbevelingen naar het werkveld voortvloeien.

DEEL 1: PROBLEEMVERKENNING EN VERANDERINGSDOELEN

1. Probleemstelling

1.1 Probleemoriëntatie

In deze bachelorproef ga ik dieper in op de ervaringen van kinderen en jongeren met een psychiatrische problematiek (of een vermoeden daarvan) en hun ouders in hun contacten met verschillende actoren in de (geestelijke) gezondheidszorg. Enerzijds wil ik de noden van zowel de minderjarigen als de ouders en andere gezinsleden toelichten, en anderzijds de ervaringen die zij reeds hebben op dit gebied en tegen welke drempels zij mogelijks aanlopen. Verder wil ik de visie en ervaringen van hulpverleners hieraan toetsen en nagaan hoe de geestelijke gezondheidszorg haar beleid, werking en uitvoering kan verbeteren, ten voordele van jongeren, gezinnen en hulpverleners.

De interesse in dit onderwerp kwam er nadat ik de afgelopen jaren enkele papers en examenopdrachten rond geestelijke gezondheidszorg maakte. Bij het lezen van literatuur rond dit thema, kom ik vaak artikels tegen van zowel jongeren als hun ouders die problemen ervaren bij het zoeken naar of aangaan van (psychologische) begeleiding. Op fora die zich bezighouden met geestelijke gezondheidszorg en via cliëntengroepen stuit ik vaak op de ervaringen van zowel cliënten als hulpverleners. Deze, veelal negatieve, ervaringen hebben te maken met de praktische uitvoering van de geestelijke gezondheidszorg (micro- en mesoniveau), maar zijn ook in ruimere zin te linken aan het bestaande beleid (macroniveau). De ervaringen en drempels die ik reeds tegenkwam in literatuur, wil ik verder toetsen aan de praktijk.

Om veranderings- en gezinsgericht te werk te gaan, is het van belang om de ervaringen te onderzoeken van alle betrokken partijen. Een jongere maakt steeds deel uit van een systeem; een context waarin er ouders, opvoeders en/of hulpverleners en organisaties aanwezig zijn, die op hun beurt eigen noden en ervaringen hebben. Hierop verder bouwend wil ik komen tot enkele aanbevelingen en veranderingsdoelen die ervoor kunnen zorgen dat zowel het beleid als de praktische uitvoering van de geestelijke gezondheidszorg beter wordt afgestemd op de noden die de jongere en zijn of haar gezin hebben.

1.2 Centrale vraag

Hoe ervaren kinderen en jongeren met een (vermoeden van) psychiatrische problematiek en hun context het zoeken naar en het aangaan van geestelijke gezondheidszorg en op welke manieren kunnen gezinswetenschappers bijdragen om deze ervaringen te verbeteren?

1.3 Deelvragen

Wat zijn de noden van jongeren met een psychiatrische problematiek en hun ouders op vlak van psychologische en psychiatrische begeleiding?

Tegen welke drempels en moeilijkheden botsen jongeren, hun gezin en de betrokken hulpverleners bij het respectievelijk aangaan en aanbieden van psychische hulpverlening?

Hoe kan op macroniveau het beleid inzake geestelijke gezondheidszorg worden aangepast om tegemoet te komen aan de noden van jongeren, ouders en hulpverleners en op welke manieren kunnen gezinswetenschappers helpen om op mesoniveau en microniveau de werking van de betrokken actoren af te stemmen op de noden van jongeren en hun ouders en op die manier hun ervaringen in contact met de geestelijke gezondheidszorg verbeteren?

2 Praktijkgerichte probleemverkenning

2.1 Beschrijving professionele context

Ik doe dit academiejaar 240 uren praktijkverdieping bij het Mobiel Crisisteam -18 in Mechelen (Pangg 0-18, CGG Mechelen). Dit crisisteam begeleidt kinderen en jongeren met een acute psychische problematiek in hun thuissituatie. De context van het kind of de jongere, zoals de ouders, zorgfiguren, school, de reeds betrokken hulpverleners,... wordt steeds betrokken bij de hulpverlening. De hulp van het Mobiel Crisisteam (MCT) wordt vaak ingeroepen wanneer de reeds aanwezige hulpverlening tijdelijk niet meer voldoet en/of is vastgelopen. Tijdens een kortdurende interventie van maximum vier weken, begeleidt het MCT het kind of de jongere en zijn context om zo de crisis en de psychische problemen weer onder controle te krijgen. Ze proberen de betrokken hulpverlening terug te activeren en brengen in kaart welke bijkomende hulp aangewezen is. Aangezien veel van de gezinnen die bij het MCT terecht komen, vaak al in aanraking zijn geweest met heel wat hulpverleners en actoren in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), lijkt het mij een ideale setting om mijn onderzoek aan de praktijk te toetsen.

Omwille van de praktische organisatie in het verlengde van de coronamaatregelen, start ik pas in het voorjaar van 2021 met mijn praktijkverdieping. Dit laat me bijgevolg niet toe om binnen deze professionele context al een gezin diepgaand te interviewen. Aangezien ik in de eerste plaats de noden en ervaringen van jongeren en hun ouders wil onderzoeken in relatie tot het hulpverleningscircuit, lijkt het mij een meerwaarde om mijn praktijkgerichte probleemverkenning op te bouwen aan de hand van verschillende getuigenissen. Dit van zowel jongeren als ouders uit verschillende gezinnen, maar ook van hulpverleners en actoren in de geestelijke gezondheidszorg. Deze probleemverkenning sluit nauwer aan bij mijn onderzoeksopzet, dan wanneer ik mij enkel zou baseren op een schriftelijk verslag en/of dossier, waar weliswaar de feiten in worden weergegeven maar in mindere mate de belevingen van de betrokkenen.

2.2 Beschrijving informatiebronnen

Zoals hierboven aangehaald, wil ik mijn professionele probleemverkenning opbouwen aan de hand van getuigenissen van jongeren, ouders en hulpverleners. Om de (semi)professionele context te waarborgen, zocht ik naar ervaringen op websites en platformen die zich professioneel bezig houden met het vergaren en verstrekken van informatie inzake geestelijke gezondheid. Zo bundel ik getuigenissen van jongeren, verkregen via websites en fora van onder meer de Vlaamse Jeugdraad, dewelke een advies rond psychisch welzijn formuleerde en hiervoor uiteenlopende ervaringen van jongeren met geestelijke gezondheidszorg oplistte. Op de website van 'WatWat', een platform dat organisaties zoals Awel, Sensoa en Childfocus overkoepelt om jongeren naar gepaste informatie en hulp toe te leiden, las ik getuigenissen van jongeren die hierop hun verhaal delen. Via 'Overkop', de website van de door Rode-Neuzendag opgezette 'Overkop Huizen', waar jongeren een luisterend oor vinden en beroep kunnen doen op laagdrempelige psychologische hulp, vond ik ervaringen van jongeren.

Om de kant van ouders en/of andere gezinsleden toe te lichten, baseer ik mij op de websites en communitygroepen van Similes en Familieplatform. Hier getuigen ouders van jongeren en

jongvolwassenen met een psychische hulpvraag over hun ervaringen met het detecteren van mentale problemen en het zoeken naar en aangaan van psychische hulpverlening.

De stem van de hulpverlener en van hulpverleningsorganisaties vindt vooral zijn weg in allerlei opiniestukken verschenen in de geschreven pers en in open brieven aan ministers die bevoegd zijn voor het beleid inzake geestelijke gezondheid. Ook jongeren zelf en hun ouders doen soms beroep op de media om hun verhaal naar buiten te brengen, in de hoop via deze weg gehoord te worden. Ondanks het feit dat deze ervaringen en opiniestukken op het eerste zicht minder objectief naar voren worden gebracht in een eveneens minder professionele context, kies ik er wel voor om deze verhalen op te nemen in onderstaande probleemverkenning, zij het met enige nuance waar nodig.

Ik heb getracht om belevingen en ervaringen te vinden van jongeren en gezinnen die begeleid werden door een Mobiel Team of Crisisteam. Helaas is het concept van mobiele zorg nog vrij recent en is het onderzoek hierrond uiterst beperkt. Om toch een beeld te schetsen van hoe cliënten de hulpverlening van een MCT ervaren, beroep ik mij op enkele getuigenissen van volwassenen die door zo een team werden begeleid.

Tot slot wil ik nog benadrukken dat ik bij de beschrijving van de praktijksituatie hoofdzakelijk gebruik maak van citaten, omdat ik van mening ben dat de ervaringen, noden en pijnpunten het best verteld kunnen worden door de betrokkenen zelf. Waar nodig geef ik verdere duiding wat betreft de problematiek en de verschillende standpunten van de betrokkenen.

De meeste getuigenissen van jongeren en ouders werden reeds extern geanonimiseerd voor (online) publicatie. Bij de getuigenissen waar dit nog niet het geval was, heb ik ervoor gekozen de namen van jongeren en hun ouders weg te laten of te veranderen. De namen van psychologen, psychiaters en andere hulpverleners en organisaties werden wel behouden.

2.3 Beschrijving en analyse van de problemen en krachten

2.3.1 Praktische problemen en drempels bij het aangaan en onderhouden van psychische hulp: toegankelijkheid, betaalbaarheid en transparantie van de hulpverlening

Verschillende jongeren, ouders en hulpverleners getuigen over de moeilijke toegang tot de geestelijke gezondheidszorg. Uit de praktijk blijkt dat het signaleren en bespreekbaar maken van psychische noden en hulpvragen, moeilijk is. Verder zijn ook het vinden van de juiste hulp, de tijdige toegang ertoe en het kostenplaatje, drempels die psychische hulpverlening bemoeilijken (Vlaamse Jeugdraad, 2017; Van den Broeck et al., 2020).

Jongeren met een hulpvraag en hun ouders geven in de eerste plaats aan dat het hen niet altijd duidelijk is bij wie of waar ze terecht kunnen voor psychologische begeleiding. Ze vinden het moeilijk om de weg te vinden naar de juiste hulp, net omdat het in de geestelijke gezondheidszorg ontbreekt aan een gestructureerd en transparant overzicht van het hulpverleningsaanbod (Vlaamse Jeugdraad, 2017).

“Het aanbod kan er zijn, maar de communicatie is er niet altijd. Maar is dan het aanbod niet gefaald als het niet gekend is?”

“Als ik vroeger in het middelbaar zat dan wist ik ook niet dat het CLB u hielp met die dingen. Ik dacht gewoon dat je daar naartoe moest als je moest blijven zitten of bij het medisch onderzoek. Die informatie is er gewoon niet.”

“Toen ik jonger was (11 jaar), had ik nog geen gsm en toegang tot de computer zonder ouderlijke toestemming. Hierdoor kon ik onmogelijk ongemerkt naar een hulplijn bellen. Ik was zo goed als verplicht om hulp via het CLB te vragen via school. Helaas hebben ze me daar niet echt geholpen.”

– Getuigenissen jongeren (Vlaamse Jeugdraad, 2017, p. 7-13)

Hulpverleners stuiten op ditzelfde probleem: zij zien door het bos de bomen niet meer en erkennen dat door het gebrek aan transparantie het vaak moeilijk is om de juiste hulp voor een jongere en zijn/haar gezin te vinden (Raskin, 2019).

Wanneer jongeren, ouders of hulpverleners er in slagen om gepaste hulp te vinden, botsen zij vaak op lange wachtlijsten en weinig initiatieven om deze wachttijden te overbruggen. Het lange wachten op psychische hulpverlening zorgt voor vererping en toename van de problemen, hetgeen op zijn beurt resulteert in een nood aan nog langere en intensievere hulpverlening. Dit heeft als gevolg dat mede hierdoor de geestelijke gezondheidszorg nog verder verzadigd raakt en dat de maatschappelijke kosten hoger oplopen dan wanneer er snelle en adequate hulp zou kunnen worden ingezet (Catthoor & Van den Broeck, 2019).

“Dagelijks voelen we de hete adem van de wachtlijsten. Voor ons heeft die wachtlijst een gezicht: dat van mensen die hulp vragen, die we willen helpen en die we moeten teleurstellen.”

– Open brief van hulpverleners (Raskin, 2 maart 2019, z.p.)

“Uit studies blijkt dat 18 % van de leerlingen behoefte heeft aan enige psychologische begeleiding, zoals een gesprek met een psycholoog. 7 % aan dringende en ernstige begeleiding: ze hebben verschillende gesprekken of een opname nodig. Vaak loopt een leerling al een hele tijd rond met zijn of haar problemen. Maar zodra die jongere of zijn ouders bereid zijn om er iets aan te doen, verwachten de school, ouders en het kind zelf onmiddellijk hulp. Dat gaat niet altijd en is ook niet altijd nodig. Als psychiater schat je in hoe dringend het probleem is. Onderneemt een jongere een zelfdodingspoging, dan komt er snel crisisopvang. Een dringend probleem, maar geen crisis? Dan kan de hulp even op zich laten wachten. Hoelang? Dat verschilt regionaal. En wie het hardst roept, krijgt vaak het snelst hulp. Niet altijd fair, maar wel de realiteit. “Een andere reden waarom kinderen niet of te laat bij de juiste hulpverleners terechtkomen, is dat de school of de ouders niet precies weten wát er net aan de hand is. Ze zijn blij dat ze een hulpverlener vinden die beschikbaar is, maar die heeft niet altijd de expertise die hun kind nodig heeft.”

– Getuigenis Lieve Swinnen, kinder- en jeugdpsychiater (Callewaert, 7 juni 2016, z.p.)

“Sprekende over de eerstelijnszorg: op heden bestaan er ellenlange wachtlijsten bij CGG's en CAW's (in sommige regio's tot 2 jaar!) en deze dienen dringend te worden wegwerkt. Een herstructurering van het hulpverleningsaanbod dient zich wel degelijk aan. Een duidelijk beleid met uitgebreide samenwerking met de privé-therapeuten zou een hiaat in de hulpverlening wellicht verhelpen.”

– Opiniestuk psychologen en psychotherapeuten (Van Driessche, 27 juni 2018)

Zelfs op crisishulp is het vaak wachten, hetgeen ervoor zorgt dat problemen de mogelijkheid krijgen om verder te escaleren en dat er bijgevolg meer gespecialiseerde en intensievere hulp noodzakelijk wordt. Het aanslepen van hulp brengt extra lijden met zich mee voor zowel de jongere als zijn/haar gezin en zorgt ervoor dat ingrijpende acties om toch aan hulp te geraken vaak onafwendbaar zijn (Vierendeels, 2019). Bovendien is crisishulp slechts van korte duur. Een crisisopname of begeleidingen door een mobiel crisisteam, duren slechts enkele dagen tot maximum twee à vier weken. Uit de praktijk blijkt dat wanneer een gezin toch crisisbegeleiding krijgt, zij bij het afronden van deze hulp weer op dezelfde toegankelijkheidsproblemen als voordien stuiten. Crisishulp kan met andere woorden de toegang tot langdurige hulp niet versnellen of forceren (PANGG 0-18, 2021).

Daarnaast is psychische hulpverlening kostelijk. Initiatieven die deze kosten proberen drukken, zijn veelal ook diegenen die kampen met extra lange wachtlijsten en soms zelfs een wachtlijststop. Voor begeleiding bij privé-psychologen of andere private initiatieven, is de wachttijd een stuk korter, maar ligt de kostprijs veel hoger. Zoals uit bovenstaande getuigenissen reeds blijkt, vinden veel jongeren het moeilijk om hun ouders te vertellen over hun psychische problemen en om hen te betrekken bij de zoektocht naar hulp. Dit zorgt ervoor dat jongeren vaak niet tijdig de toegang vinden tot de GGZ, enerzijds omdat ze het lastig vinden om ermee naar buiten te komen maar ook omdat zij vaak nog financieel afhankelijk zijn van hun ouders en zelf geen hulp kunnen betalen. Zowel jongeren als hulpverleners uiten zich in verschillende getuigenissen doorheen deze bachelorproef over de gebreken van het huidige beleid en over de beperkte terugbetaling (Rasking, 2019; Van den Broeck et al., 2020).

“Als ik wekelijks nood heb aan een afspraak met mijn therapeut, kost me dit 220 euro per maand. Daarom zal ik soms mijn afspraken spreiden, ten koste van mijn psychisch welzijn.”

– Getuigenis over wachtlijsten (Van den Broeck et al., 2020, p. 53).

De hulpeloosheid van jongeren en hun ouders klinkt duidelijk door in de getuigenissen. Hulpverleners delen in die machteloosheid. Zij worden geconfronteerd met gezinnen die een (dringende) hulpvraag hebben, maar zijn niet altijd in de mogelijkheid om deze gezinnen snel en efficiënt te helpen of door te verwijzen omwille van de hierboven aangehaalde drempels. Daarnaast geven ze aan dat het beleid en de innovaties inzake geestelijke gezondheid onvoldoende aansluiten bij de praktijk en bij de noden van gezinnen en van de hulpverleners zelf. Zij voelen zich door de overheid niet gehoord noch betrokken bij de besluitvorming over geestelijke gezondheidszorg (Cathoor & Van den Broeck, 2019; Raskin, 2019).

2.3.2 Negatieve ervaringen in contact met de geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie: stigmatisering, dwang, disempowerment en secundaire victimisatie

Naast de ontoegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg, getuigen jongeren en hun ouders over de gebrekkige kwaliteit van de hulpverlening. Negatieve ervaringen met allerhande voorzieningen die psychische hulp (zouden moeten) bieden aan jongeren en bijgevolg ook ondersteuning naar de ouders toe, komen helaas veelvuldig voor. Dit zowel in de laagdrempelige hulpverlening (school, CLB, eerstelijnszorg), alsook in de meer gespecialiseerde hulpverlening (spoeddiensten, psychiatrische ziekenhuizen). Jongeren en hun ouders geven met onderstaande uitspraken weer hoe zij zich vaak niet gehoord of geholpen voelen. In sommige gevallen doet de

ingeschakelde hulp zelfs meer kwaad dan goed en leiden negatieve ervaringen soms tot het vermijden of uitstellen van verdere hulp.

“Na die eerste opname kwam er nog een, en eigenlijk heb ik met beide crisisopnames geen goede ervaringen. Daarna heb ik het dan ook heel lang zelf allemaal willen doen, en dat lukte wel met de hulp van een psycholoog, medicatie en paardentherapie. Ik bleef alleen op een aantal vlakken vastlopen en ben dan deze vakantie opgenomen op een dagbehandeling. In eerste instantie had ik daar veel schrik voor, mede door mijn (slechte) ervaringen met de kinder- en jeugdpsychiatrie, maar ik ben nog steeds heel blij met de keuze die ik heb gemaakt.”

– Getuigenis jongere (“Ingezonden verhaal: Noa, 16 en depressief.”, 9 oktober 2020, z.p.)

Jongeren en hun gezin ervaren weinig tot geen inspraak te hebben in de behandeling. Dit werkt disempowerment in de hand, het tegengestelde van empowerment. Hierbij krijgen jongeren en hun ouders het gevoel geen controle te hebben over hun eigen herstelproces en is er geen gelijkwaardige relatie is tussen hulpvrager en hulpverlener (Eeckman, 2019; Linhorst, 2006). Ouders geven aan net wel betrokken te willen worden bij de hulpvraag en begeleiding van hun kind. Desondanks faalt de hulpverlening erin de context van de jongere te erkennen en benutten, terwijl het betrekken en ondersteunen van ouders ervoor kan zorgen dat zij zelf de nodige ondersteuning kunnen bieden aan hun kind.

“De medicatie wordt verdubbeld maar over haar zelfmoordpoging en haar existentieel lijden wordt niet gesproken.”

– Getuigenis ouders van een jongvolwassene (“Ouders getuigen over hun kind dat suïcide pleegde.”, z.d., z.p.)

Verder werkt ook het huidige beleid disempowerment in de hand, onder meer door procedures en doorverwijzingstrajecten (Raskin, 2019).

“De mens die een hulpvraag stelt, krijgt niet meer de keuze van de vertrouwenspersoon en kan zich niet rechtstreeks tot de psycholoog richten. Hoe zit het dan met het leren van flexibiliteit, zelf voelen en kiezen wat goed voor je is?”

– Open brief van hulpverleners (Raskin, 2 maart 2019, z.p.)

In verschillende getuigenissen vertellen jongeren en hun ouders dat ze in contact met de psychiatrie met dwang werden geconfronteerd. In enkele gevallen gaan de dwangmaatregelen zo ver en schiet de hulpverlening zodanig tekort dat jongeren en hun gezin slachtoffer worden van wantoestanden in de gezondheidszorg en dat ze bijkomend lijden ervaren door wangedrag van hulpverleners. Men noemt dit secundaire victimisatie (*secondary victimisation*) of herhaald slachtofferschap, een concept dat hoofdzakelijk gekend is binnen de criminologische wetenschappen, maar dat op de geestelijke gezondheidszorg evengoed van toepassing is (Steensma & Vermunt, 1991). Deze handelingen worden door de jongere en zijn/haar gezin ervaren als vernederend, met weinig respect voor de cliënt en zijn/haar naasten en als niet-helpend. Naast dwang, dragen overmedicalisering en een gebrek aan communicatie bij tot het negatief ervaren van psychiatrische hulpverlening (“Ouders getuigen over hun kind dat suïcide pleegde.”, z.d.; Bergmans, 2019).

“Dat wilde ik echt niet. Ik kende het geschreeuw van cliënten die gefixeerd werden. Ik hield me koest, want ik wilde mijn onderbroek aanhouden. Onder die vreselijke muntgroene short moest alles uit. Ik verzon een smoesje dat ik ongesteld was. Toen kreeg ik een luier om, dat was helemaal vernederend.”

– Getuigenis jongere over de isolatiecel (Bergmans, 15 oktober 2019, z.p.)

2.3.3 Positieve en ondersteunende aspecten van hulpverlening: praten, vertrouwen, continuïteit, betrokkenheid en empowerment

Uit de getuigenissen komt het belang van steun uit de omgeving naar voren. Veel jongeren getuigen dat een gesprek met een leerkracht, vertrouwenspersoon, psycholoog of goede vriend(in) hen vaak veel steun geeft. Nabijheid, een luisterend oor en een warme, veilige omgeving worden als helpend ervaren. Het belang van praten komt in de getuigenissen uitgebreid aan bod. Daarnaast geven jongeren aan het belangrijk te vinden om de regie over hun leven en herstelproces in handen te houden en zelf mee te beslissen. Voor veel jongeren zou een gelijkwaardige aanpak, die vertrekt vanuit hun eigen krachten en waar er ruimte is voor inspraak, hun herstel bevorderen.

“Als ik één ding heb geleerd tijdens mijn herstel, is het wel dat praten enorm belangrijk is.”

– Getuigenis jongere (Zelfmoord1813, z.d., z.p.)

“Ik wist dat ik hulp nodig had, dat ik het niet alleen kon. Dus ging ik naar mijn begeleidster op school en zij verwees me naar een privé-psychologe. Mijn eerste gedachte was: ik word toch niet gek? Na een paar maanden werd ik terug doorverwezen naar een andere psychologe die in een Centrum voor Geestelijke Gezondheid werkte. Ik voelde me afgewezen. Bijna niemand wist dat ik hulp had gezocht, zelfs bijna niemand van mijn familie. Dit uit schrik voor pijnlijke en negatieve reacties. Ik brak volledig. Ik kon de woorden niet vinden, alleen het verdriet en de pijn kwamen naar boven. De eerste sessies huilde ik zoveel. Alles wat ik in mezelf had gehouden, kwam los. Zeven jaar lang ben ik bij mijn tweede psychologe geweest. Het was zwaar. Met z'n ups en downs. Maar dankzij haar en mijn overlevingsinstinct heb ik het gehaald. Ze heeft niet enkel mijn leven gered, ze heeft het beter gemaakt. Buiten dat het verdriet, de pijn, de woede en de angst weg zijn, ben ik wijzer geworden. Ik heb rust in mezelf gevonden en ik leerde hoe ik met bepaalde gevoelens moet omgaan. Ook heb ik vrede gesloten met mijn beperking.”

– Getuigenis jongere (Van Der Fraenen, z.d., z.p.)

Uit de getuigenissen blijkt hoe belangrijk continuïteit in de hulpverlening is. Enerzijds is continuïteit essentieel voor het opbouwen en onderhouden van een vertrouwensband. Anderzijds zorgt continuïteit er voor dat minder jongeren buiten de hulpverlening terecht komen, iets dat nog wel eens wilt gebeuren wanneer een hulpvrager frequent wordt doorverwezen zonder bijkomende opvolging.

Voor ouders van een kind met een psychiatrische problematiek, is steun vanuit de omgeving minstens even belangrijk. Zij geven aan veel kracht en steun te halen uit het intensief betrokken worden bij de hulpverlening en dat contact met lotgenoten voor hen helpend is. Gezinsgericht te werk gaan en participatie van ouders voorzien komt het herstelproces van de jongere ten goede

en verbetert daarnaast de ervaringen en draagkracht van ouders (“Moeder van een psychisch kwetsbare jongere.”, z.d.).

Verder geven jongeren en hulpverleners aan dat de school en de leerkracht(en) een belangrijke rol spelen bij het detecteren van psychische problemen en bij het laagdrempelig ondersteunen van jongeren. Wat wel belangrijk is, is om er rekening mee te houden dat leerkrachten slechts een beperkte expertise en draagkracht hebben om jongeren te begeleiden. Leerkrachten zijn geen therapeuten, maar kunnen wel waar nodig de jongeren ondersteunen en verder doorverwijzen naar de hulpverlening (Callewaert, 2016).

Uit de praktijk blijkt het belang van toegankelijke, laagdrempelige en kwalitatieve hulpverlening. Gesprekken, waarin de cliënt het gevoel heeft een gelijkwaardige relatie te hebben met de hulpverlener en waarbij de cliënt controle heeft over zijn herstelproces, blijken cruciaal voor het als positief en helpend ervaren van psychische begeleiding. Daarnaast biedt het betrekken van de context van de jongere een meerwaarde, zowel voor het psychische welbevinden van de ouders, als voor het ondersteunen van de jongere en het bevorderen van zijn/haar herstelproces. Onderstaande citaten tonen aan hoe mobiele crisisteams proberen om aan deze noden te voldoen.

“Ze bleven elke dag contact houden, ofwel kwamen ze langs ofwel moest ik bellen. Dat was elke keer overleven tot dat volgende moment. Dat was echt aftellen voor mij. Dat was mijn houvast in de periode.”

“Ik leefde echt van gesprek naar gesprek, in de hoop dat er in die gesprekken iets wonderbaarlijks zou gezegd worden waardoor ik mij... Maar ja, dat was op dat moment het enige dat me hoop gaf.”

“Van alles waren ze op de hoogte. Ik heb er vier verschillende gehad, en zelfs de laatste kon aansluiten met de eerste. Dat is eigenlijk wel fijn.”

– Getuigenissen van volwassen hulpvragers begeleidt door MCT (Raskin & Schoofs, 2017, p. 12)

3 Veranderingsdoelen

Vraagstelling na praktijkgerichte probleemverkenning	Veranderingsdoel	Invalshoek Deel 2
<p>Jongeren, ouders en hulpverleners geven aan dat het hulpverleningslandschap niet doorzichtig is en dat deze verbodding samen met de moeilijke toegang tot hulpverlening leidt tot een gebrek aan continuïteit. Verder geven zij aan dat praten helpt, zowel met de omgeving als met hulpverleners, maar dat praten over psychische problemen moeilijk is. Hoe kunnen ouders en scholen een veilige, open omgeving creëren waarin psychische problemen besproken worden? Hoe kunnen organisaties en hulpverleners ervoor zorgen dat hulp en opvolging gegarandeerd blijft?</p>	<p>Ouders en scholen versterken bij het bespreekbaar maken van en praten over psychische problemen en inzetten op preventie en eerstelijnsbulpverlening.</p> <p>Een gestructureerd overzicht van het hulpverleningslandschap uitwerken op macroniveau, waarbij op mesoniveau de organisaties en hulpverleners zich inzetten voor het garanderen van continuïteit in de hulpverlening en opvolging bij doorverwijzing van een jongere en zijn gezin.</p>	<p>Hulpverleningsgerichte en organisatorische invalshoek</p>
<p>Uit de getuigenissen blijkt dat psychische crisishulp niet altijd onmiddellijk kan worden ingeschakeld en dat hierdoor problemen verergeren en meer ingrijpende maatregelen zich opdringen. Op welke manieren kan het beleid worden aangepast om efficiënter te kunnen inspelen op dringende hulpvragen en hoe kunnen spoeddiensten hun werking beter afstemmen op cliënten en hun ouders in psychische crisis?</p>	<p>Toegankelijke crisishulp garanderen die vertrekt vanuit het subsidiariteitsprincipe, waarbij spoeddiensten en – medewerkers worden gesensibiliseerd en opgeleid om tegemoet te komen aan psychische hulpvragen en noden van jongeren en hun gezin met een psychische crisis.</p>	<p>Socio-psychologische invalshoek</p>

<p>Jongeren en hun ouders geven aan dat er onvoldoende gekeken wordt naar de krachten van zichzelf en het gezin. Zij voelen zich vaak niet betrokken bij hun eigen herstelproces of bij dat van hun kind en voelen zich niet altijd gelijkwaardig behandeld door hulpverleners en organisaties. Hoe kunnen hulpverleners en organisaties die psychische begeleiding of ondersteuning bieden, meer gelijkwaardigheid creëren tussen henzelf en de cliënt en op welke manieren kunnen zij hun aanbod en werking verbeteren om te evolueren naar meer participatie en empowerment?</p>	<p>Zorgen voor meer gelijkwaardigheid, participatie en empowerment in de relatie tussen hulpverlener en cliënt en in het hulpverleningsaanbod.</p>	<p>Communicatieve en therapeutische invalshoek</p>
---	--	--

DEEL 2: LITERATUURSTUDIE EN ANALYSE

1 Inleiding

De praktijkgerichte probleemverkenning bracht veranderingsnoden naar voren op drie verschillende domeinen. Eerst en vooral op vlak van hoe geestelijke gezondheidszorg georganiseerd is. De literatuurstudie buigt zich in deze hulpverleningsgerichte en organisatorische invalshoek over de nood aan preventie, vroegdetectie en vroeginterventie, om bij psychische problemen tijdig te kunnen ingrijpen. Aandacht voor mentaal welzijn binnen de school- en gezinscontext staan hierbij centraal. Verder is het transparanter maken van het hulpverleningslandschap van belang om de brede geestelijke gezondheidszorg zo te organiseren dat cliënten tijdig geholpen kunnen worden, met aandacht voor zorgcontinuïteit en voor het wegwerken van wachtlijsten. Hierdoor kan escalatie, en alle gevolgen die daarmee gepaard gaan, vermeden worden.

Het tweede domein waarop minderjarigen en hun context in contact met de geestelijke gezondheidszorg problemen ervaren, is de spoedeisende psychiatrische hulpverlening. Uit de probleemverkenning blijkt dat er op momenten van psychische crisis vaak geen gepaste hulp beschikbaar is. Naast het gebrek aan beschikbare hulp, komt de hulpverlening die er op momenten van nood dan wel geboden wordt, niet altijd tegemoet aan de noden en wensen van minderjarigen en hun context. Dit sociaal-psychologisch gerichte onderdeel vertrekt vanuit de huidige organisatie van crisis- en spoedeisende hulpverlening, onderzoekt de noden van kinderen en ouders op momenten van crisis, gaat na welke hulpverlening er geboden wordt en hoe deze hulpverlening kan verbeteren.

Het derde deel van deze literatuurstudie situeert zich op het domein van communicatie en therapie en buigt zich over thema's die de kwaliteit van hulpverlening bepalen. Uit de praktijkgerichte probleemverkenning kwam naar voren dat jongeren en hun omgeving zich niet altijd geholpen voelen door de hulp die geboden wordt en dat in extreme gevallen de hulpverlening zorgt voor disempowerment en bijkomende traumatisering. Dit deel gaat na waar de pijnpunten van de huidige geestelijke gezondheidszorg liggen op kwalitatief niveau en op welke manieren deze kunnen worden omgebuigd naar een hulpverlening waarin er meer empowerment, gelijkwaardigheid en participatie aanwezig is.

Bovenstaande drie delen omvatten elk een eigen thema en invalshoek, maar zijn evenwel aan elkaar gelinkt en met elkaar verbonden. Geestelijke gezondheidszorg is immers een zeer brede sector, waarbij veranderingen en tendensen op het ene domein, mede merkbaar zijn op andere domeinen en vice versa. Zo is de toegang tot psychiatrische spoedeisende hulpverlening verbonden met de algemene toegankelijkheid tot hulpverlening en houdt de kwaliteit van de hulpverlening op crisismomenten verband met de algemene kwaliteit van geestelijke gezondheidszorg. Verder bepaalt de mate waarin er aan vroegdetectie en –interventie wordt gedaan, mee of problemen al dan niet escaleren waardoor de nood aan crisishulp verhoogt. De drie domeinen bevatten elk hun eigen focus, maar hebben onderling een voortdurende wisselwerking met elkaar.

2 Hulpverleningsgerichte en organisatorische invalshoek: preventie, vroegdetectie en -interventie, transparantie, zorgcontinuïteit en wachttijden

2.1 Inleiding

Uit de praktijkgerichte probleemverkenning blijkt dat jongeren en ouders vaak te lang wachten om hulp te zoeken bij psychische problemen of moeilijkheden. Ze geven aan dat gesprekken hen vooruit helpen, net zoals ondersteuning, maar dat hulp vragen omwille van allerlei redenen moeilijk is. Hulp zoeken wordt uitgesteld omdat ze niet weten hoe en waar ze hulp moeten vinden of omdat ze de hulpverlening als onvoldoende toegankelijk ervaren. Dit komt mede door drempels zoals hoge kosten en lange wachttijden, maar ook door het gebrek aan een transparant hulpverleningslandschap. Niet alleen organisatorische redenen spelen hierin een rol, maar evengoed inter- en intrapersonlijke factoren, zoals gevoelens van schaamte, wanhoop of angst, vooroordelen en taboes. Wanneer jongeren of ouders een beroep doen op hulp, komen ze vaak niet onmiddellijk bij de juiste hulpverlening terecht of vormen er zich hiaten in het begeleidingsproces. Dit zorgt ervoor dat problemen verergeren of zelfs escaleren. Inzetten op preventie, op vroegtijdige detectie en op nulde-, eerste- en tweedelijnszorg biedt een antwoord op deze noden, evenals meer transparantie en continuïteit binnen de hulpverlening.

2.2 Preventie en vroegtijdige detectie van psychische problemen

Preventief werken en inzetten op laagdrempelige ondersteuning en begeleiding, loont. Het voorkomt dat problemen de kans krijgen om te verergeren en voorkomt op die manier dat er meer en intensievere hulp in de toekomst nodig zou zijn. Preventie zorgt voor een betere bewustwording over psychische problemen, gaat stigma's en vooroordelen tegen en creëert een open klimaat. Laagdrempelige hulpverlening zorgt er op zijn beurt voor dat problemen tijdig worden aangepakt, waardoor de kans op het verergeren of terugkeren van de problemen in de toekomst wordt verminderd. Het is met andere woorden een win-win situatie, zowel voor de cliënt als voor de maatschappij. Desondanks wordt er vooralsnog onvoldoende ingezet op de eerste- en tweedelijnszorg en is (betaalbare) laagdrempelige hulp overbevraagd en zo goed als dichtgeslibd. Tot slot ontbreekt het aan een duidelijk, gestructureerd overzicht van welke hulp er beschikbaar is en welke hulp voor welke cliënt nodig is (De Cuyper, Van Ingelgom & Van Audenhove, 2018).

“Vanaf zijn 14de had onze zoon serieuze problemen op school. Gepest worden en cannabisgebruik waren enkele oorzaken. Door gebrek aan gepaste hulp in dit vroege stadium escaleerde dit na 3 uitputtende jaren in een opname van 9 maanden in de jeugdpsychiatrie en later meerdere opnames in de volwassenenpsychiatrie. Het taboe rond geestelijke gezondheid was, en is nog altijd, een drempel om tijdig hulp te zoeken. De opname zelf was een traumatische ervaring; het verlies van het sociaal netwerk zorgde (voor de jonge adolescent, nvdr) op zijn beurt voor een waterval van andere problemen. De persoonlijke (blijvende invaliditeit) èn maatschappelijke kost (kosten van hospitalisatie, verlies van werk van de mantelzorgers....) lopen nog altijd hoog op. Meer middelen voor vroegdetectie (mét ondersteuning van de school en gezin) en een snellere

professionele diagnose, hadden dit mogelijk kunnen vermijden.”

- Getuigenis ouder (Lowet et al., 2021, p. 5)

2.2.1 Aandacht voor mentaal welzijn en ondersteuning bij psychische problemen op school

Een veilige, open omgeving als basis voor het signaleren van en praten over psychische problemen

Eén op drie jongeren kampt met psychische problemen. Scholen spelen een belangrijke rol bij het opmerken van psychische moeilijkheden bij leerlingen en bij het bieden van laagdrempelige ondersteuning. Jongeren brengen immers veel tijd door in de klas en met vrienden en zijn vaak sneller geneigd om een medeleerling of leerkracht in vertrouwen te nemen. Hierbij is het van belang dat leerkrachten weten hoe ze deze leerlingen moeten opvangen, maar ook dat de school een klimaat creëert waar er over psychische problemen gesproken kan worden. Daarnaast kunnen scholen en leerkrachten een brug vormen tussen de jongere en zijn/haar ouders en een doorverwijsfunctie naar verdere hulpverlening opnemen (Van Laere, 2016).

Klasse pleit ervoor om in scholen een beleid rond geestelijke gezondheidszorg te implementeren en om een draaiboek te creëren voor hoe de school en de leerkrachten kunnen omgaan met psychische problemen. Hiervoor baseert het tijdschrift zich op vijf belangrijke pijlers. Eén van die pijlers is het creëren van een aangenaam klimaat binnen de school. Enkele concrete acties om dit te verwezenlijken, zijn het integreren van vormingen en projecten rond relaties, assertiviteit en mentaal welzijn. Verder is het uitwerken van een antipestbeleid belangrijk om psychische moeilijkheden ten gevolge van pesten te voorkomen en om als school op een correcte manier om te gaan met pesters en slachtoffers. Daarnaast is het belangrijk dat leerkrachten, en dan met name klastitularissen, makkelijk aanspreekbaar zijn. De tweede en derde pijler focussen zich op signaaldetectie door leerkrachten. Om leerkrachten te trainen in het opmerken van psychische problemen en in het bieden van ondersteuning, is het belangrijk om voor hen voldoende vormingen hierrond te voorzien. Om snel te kunnen inspelen op psychische problemen, worden problemen best zo snel mogelijk opgemerkt. Dit kan in de praktijk gerealiseerd worden door bij de inschrijvingsprocedure te peilen naar relationele, psychische of sociale moeilijkheden. Zorgleerkrachten, mentors of tutors kunnen hierbij een rol opnemen, net zoals de Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB). Verder is communicatie tussen de verschillende betrokkenen van belang, zowel bij het detecteren van problemen als bij het ondersteunen van een kind of jongere. Klassenraden en besprekingen waarbij klastitularissen, zorgleerkrachten en het CLB aanwezig zijn, kunnen helpen om het overzicht te bewaren en om tussen de partijen af te spreken wie welke vorm van ondersteuning op zich neemt. De vijfde pijler tot slot, focust op het samenwerken met externe actoren, zoals een CGG, CAW, JAC of huisartsen, om bij complexe problemen of in situaties waarin er meer gespecialiseerde hulp nodig is, aan de hulpnoden van kinderen en hun ouders te kunnen beantwoorden en om op die manier de draagkracht van de leraren te bewaken (Van Laere, 2016).

Deze vijf pijlers vertalen zich in een draaiboek waarin de school kan beschrijven hoe er gehandeld kan/moet worden wanneer er zich (psychische) problemen voordoen bij een leerling. Zo kan de school concreet bepalen hoe er wordt omgegaan met verontrustende signalen, wie wat kan doen en wie welke ondersteuning kan aanbieden. De school kan in dit draaiboek opnemen wat er wordt gedaan wanneer een leerling een acute, psychische crisis heeft, bijvoorbeeld omwille van

psychose of suïcidaliteit. Hierin kan de school vermelden wie wel of niet op de hoogte gebracht wordt, hoe leerkrachten moeten handelen en welke verdere hulp er wordt ingeschakeld. Ook bij het overlijden van een leerling aan suicide, kan de school in het draaiboek opnemen hoe de medeleerlingen moeten worden opgevangen en door wie. Tot slot kunnen er in dit draaiboek acties worden beschreven over hoe leerkrachten en scholen leerlingen kunnen blijven opvolgen wanneer die tijdelijk omwille van psychische moeilijkheden niet naar school kunnen of in opname verblijven. Concreet gaat dit over hoe de school de medeleerlingen hierover inlicht, hoe de afwezige jongere voldoende betrokken kan worden bij het klasgebeuren, hoe het contact met de ouders wordt onderhouden en hoe men de jongere en de klas kan voorbereiden op de terugkomst van de leerling (Van Laere, 2016). Het belang van dit draaiboek wordt door psychiater Lieve Swinnen bevestigd. Het is belangrijk dat scholen weten wat ze moeten doen in bepaalde (crisis)situaties en welke verdere maatregelen er genomen moeten worden, zowel binnen het schoolgebeuren als extern (Callewaert, 2016).

“Het was mijn leerkracht Nederlands in het tweede middelbaar die niet alleen wanneer ze les aan me gaf, maar vooral ook in de jaren daarna, tijd nam om naar me te luisteren. Niet alleen in korte gesprekjes voor of na de les, maar ook elke maandag over de middag. Of via Smartschool. Het was de professor die in mijn eerste jaar universiteit regelmatig mails naar me stuurde om te vragen of ik oké was, nadat ik haar vertelde over de paniek en de vele angsten. Diezelfde professor die tijdens de les naast me kwam staan als ze me zag paniker. Diezelfde professor die mijn moed erkende en vol overtuiging voor me supporterde.”

– Getuigenis jongere (“Wat écht helpt.”, 5 oktober 2020, z.p.)

Dat leerkrachten een belangrijke functie hebben wat betreft het signaleren van problemen, blijkt uit verschillende getuigenissen. Uit die getuigenissen blijkt verder dat leerkrachten voor veel jongeren die moeilijkheden ervaren, een belangrijke bron van steun zijn. Een leerkracht die toegankelijk is en dicht bij de leerlingen staat, bouwt een vertrouwensrelatie op met zijn leerlingen en fungeert daardoor als een belangrijk aanspreekpunt en vertrouwenspersoon. Het is belangrijk dat leerlingen de mogelijkheid hebben om op school iemand aan te spreken, maar daarnaast is het niet de bedoeling dat leerkrachten een volwaardige rol als therapeut opnemen. Voor langdurige of complexe problemen is het noodzakelijk dat er tijdig wordt doorverwezen naar intensievere of meer gespecialiseerde hulpverlening. Hiervoor is het belangrijk dat leerkrachten een inschatting kunnen maken van de aanwezige problemen en benodigde hulp. Dit kan in overleg met het CLB, zorgleerkrachten of schoolpsychologen (Callewaert, 2016).

“Niemand verwacht van een leraar dat hij therapeut speelt. Dat is zelfs niet wenselijk. Maar een leraar die enkel focust op cognitief leren, dan vliegen we 50 jaar terug in de tijd. Kinderen moeten zich eerst goed in hun vel voelen, voor ze tot leren in staat zijn. De leraar is expert in zijn vak en bouwt aan een goede relatie met de leerlingen. Hij laat leerlingen voelen dat ze bij hem terecht kunnen als er wat scheelt. Hij heeft ook een signaalfunctie. Daarom blijft vorming erg belangrijk. De leerlingenbegeleiding schat in of extra hulp nodig is. Steeds meer scholen kiezen ervoor om psychologen of pedagogen in te schakelen voor hun leerlingenbegeleiding. Een evolutie die noodzakelijk en welkom is.”

– Getuigenis Lieve Swinnen, kinder- en jeugdpsychiater (Callewaert, 7 juni 2016, z.p.)

Ondanks de sterke signaleringsfunctie van leerkrachten, is het niet aangewezen om als leerkracht of CLB-medewerker te gaan gissen naar problemen. Jongeren met moeilijkheden ervaren dit eerder als storend dan helpend. Scholen vormen voor veel leerlingen een plek waar ze afleiding of een pauze hebben van hun moeilijkheden of problemen thuis, het is wenselijk om dit als school te respecteren en de leerling niet (goedbedoeld) te overspoelen met gesprekken of vragen. Dit wil niet zeggen dat leerkrachten geen jongeren kunnen aanspreken wanneer ze vermoeden dat er iets mis is. Dit geeft aan jongeren een krachtig signaal dat zij beschikbaar zijn om te praten wanneer dat nodig is. Verder is het voor jongeren belangrijk dat leerkrachten zich flexibel opstellen, zeker wanneer zij door psychische problemen moeite hebben met zaken zoals studeren, taken en testen voorbereiden, opletten of meewerken. Zoals eerder aangehaald, vormt het creëren van een open en veilig schoolklimaat hiervoor een stevige basis (Callewaert, 2016).

Naast het signaleren van problemen en doorverwijzen naar psychische hulpverlening, spelen scholen een belangrijke rol bij de communicatie tussen kind en ouder(s). Leerkrachten en CLB-medewerkers zijn (tot op zekere hoogte) gebonden aan respectievelijk discretieplicht en beroepsgeheim, maar kunnen evenwel de jongere ondersteuning bieden om in gesprek te gaan met zijn/haar ouders (Siccard, 2018).

De rol van de Centra voor Leerlingenbegeleiding

De Centra voor Leerlingenbegeleiding hebben een veelomvattende rol in het begeleiden en ondersteunen van leerlingen. Hoewel zij officieel binnen het departement Onderwijs gesitueerd zijn, hebben zij een sterke connectie met heel wat andere departementen, zo ook met het departement Welzijn. Dat is logisch, want naast studiegerelateerde vragen of leerproblemen en lichamelijke onderzoeken of problemen, gaan ongeveer een kwart van de vragen en problemen die het CLB behandelt over psychische moeilijkheden, zoals zelfverwonding, pesten of relationele problemen. Hun overkoepelende werking en brugfunctie tussen het onderwijs enerzijds en de hulpverlening anderzijds, is zeer wenselijk, maar is verre van efficiënt georganiseerd. Daarbij komt nog dat deze centra, net zoals de scholen zelf, deel uitmaken van verschillende onderwijsnetten, hetgeen netoverschrijdende samenwerking bemoeilijkt (Vandermeersch, 2017).

Daarnaast loopt de samenwerking tussen de CLB's en allerhande actoren binnen de welzijnszorg niet van een leien dakje. Aangezien CLB's onder het departement Onderwijs vallen, worden zij vaak niet of onvoldoende betrokken bij acties die vanuit het departement Welzijn worden opgezet. Verder stuiten zij in hun doorverwijzingsfunctie op moeilijkheden die zich in de psychische- en/of jeugdhulpverlening voordoen. Zowel bij psychische crisissen als bij minder acute psychische hulpvragen, belanden leerlingen die door het CLB worden doorgestuurd op een wachtlijst en dreigen zij zonder hulp te vallen. De CLB's proberen om hierbij het kind en de ouders zo goed als mogelijk op te vangen om deze wachttijd te overbruggen, al behoort dat officieel niet tot hun takenpakket en zijn zij reeds geruime tijd chronisch onderbemand (Vandermeersch, 2017).

Momenteel rijst vanuit het werkveld de vraag om de taken en functies van het CLB als draaischijf tussen de verschillende domeinen, zoals onderwijs, gezondheid en welzijn, te verduidelijken en te concretiseren. Het eerste ontwerp voor een nieuw decreet leerlingenbegeleiding, dat in 2017 werd gelanceerd en goedgekeurd werd door de Vlaamse Overheid, focust nog onvoldoende op

deze concretisering en op de brugfunctie die het CLB opneemt tussen onderwijs en zorg. Nochtans is een goed doorstroombeleid naar (externe) hulpverlening van essentieel belang voor leerlingen met psychische hulpnoden (Vandermeersch, 2017).

CLB's hebben in theorie een eerstelijnsfunctie, hetgeen kort gezegd betekent dat zij rechtsreeks toegankelijk zijn en een breed scala aan hulpvragen beantwoorden of doorverwijzen. Doordat veel scholen de voorbije jaren maximaal zijn gaan inzetten op zorgleerkrachten binnen de school zelf, verschuiven CLB's stilaan in de richting van de tweedelijnszorg. Om desondanks het rechtstreekse contact met leerlingen en ouders te blijven onderhouden, werd bijvoorbeeld het initiatief CLB-Chat uitgewerkt, waar ouders en scholieren online terecht kunnen met allerlei vragen die door een CLB-medewerker beantwoord worden. De chat is tevens ook anoniem en de medewerkers zijn, net zoals andere zorgverleners, gebonden aan het beroepsgeheim. Deze eerstelijnsfunctie blijft belangrijk, aangezien de CLB's jaarlijks ongeveer zestig procent van het totaal aantal leerlingen ziet en dat zij van ruim dertig procent een hulpvraag ontvangen (Vandermeersch, 2017).

Externe eerstelijns hulpverlening

Naast de CLB's, zijn er enkele andere eerstelijnsactoren die laagdrempelige, psychische hulp bieden aan jongeren. Hierbij kunnen jongeren zelf vaak gratis en anoniem terecht. Waar nodig kunnen de CLB's hen toeleiden naar deze initiatieven. Uit getuigenissen van jongeren blijkt dat zij nood hebben aan betaalbare, toegankelijke en laagdrempelige ondersteuning en dat deze ondersteuning ervoor zorgt dat zij zich gehoord en geholpen voelen en dat problemen in mindere mate de kans krijgen te escaleren.

“Ik hoop dat de terugbetaling van de psycholoog er snel doorkomt. Momenteel ga ik bij een psycholoog en dit is toch wel heel duur om als jongere zelf te gaan betalen terwijl ik zo veel heb aan haar hulp.”

– Getuigenis jongere (Vlaamse Jeugdraad, 2017, p. 7-13)

Bij TEJO, afkorting van 'Therapeuten voor Jongeren', kunnen jongeren tussen 10 en 20 jaar oud terecht voor een gesprek met een professionele psycholoog of therapeut, die als vrijwilliger bij TEJO werkt. Hierdoor is de begeleiding volledig gratis en is er voor therapeuten maar weinig administratie, waardoor zij meer kunnen focussen op de eigenlijke hulpverlening. Daarnaast kunnen jongeren snel en anoniem terecht in de TEJO-huizen; een afspraak maken kan, maar jongeren kunnen evengoed gewoon langsgaan tijdens de openingsuren. Tijdens ongeveer tien sessies biedt de therapeut een luisterend oor en laagdrempelige begeleiding. De jongere kan individueel op consultatie komen, maar kan ook iemand meebrengen wanneer hij/zij dat wilt. Er zijn TEJO-huizen verspreid over heel Vlaanderen (TEJO, z.d.).

Wanneer er meer intensieve of gespecialiseerde hulpverlening nodig is, volgt er een doorverwijzing naar andere actoren. Jongeren die zich op een wachtlijst bevinden, kunnen bij wijze van overbrugging terecht bij TEJO tot verdere hulp wordt opgestart. Evenwel ziet men hier een toename van jongeren die zich aanmelden met een zware problematiek, net omwille van de lange wachttijden bij andere, meer gespecialiseerde actoren, terwijl het de bedoeling blijft om bij

TEJO aan preventieve en laagdrempelige hulpverlening te doen. (TEJO, z.d.; Werkgroep Wachtlijden SGGG, 2020).

“Het duurde lang vooraleer ik de eerste stap naar hulpverlening zetten. Elke keer wanneer ik de leerlingenbegeleiding wou aanspreken, was het alsof mijn mond dichtgeplakt werd met plakband. Uiteindelijk lukte het en deed ik mijn verhaal aan de leerlingenbegeleiding. Zij verwees mij door naar een psycholoog en ik besliste om naar TEJO (therapeuten voor jongeren) te gaan. Een psychologe bij TEJO heeft mij toen met een warm hart geholpen. Daar ben ik ik haar heel erg dankbaar voor.

– Getuigenis jongere (Gysbrechts, z.d., z.p.)

Naast de TEJO-huizen, bestaat er sinds 2016 in elke Vlaamse provincie een OverKop-huis. OverKop is een project dat met de opbrengst van Rode Neuzendag werd opgericht. In de OverKop-huizen kunnen jongeren tussen 14 en 25 jaar terecht met vragen en voor een luisterend oor. Naast professionele hulp, bieden de OverKop-huizen activiteiten in het kader van vrijetijdsbesteding aan. Naast het fysieke aanbod van OverKop, is er ook de website waar jongeren kunnen chatten met jongerenorganisatie Awel en waar informatie, hulp en getuigenissen over verschillende thema's terug te vinden zijn (OverKop, z.d.).

Zoals hierboven vermeld, kunnen jongeren online terecht bij Awel, de vroegere Kinder- en Jongerentelefoon. Jongeren kunnen anoniem en gratis chatten, mailen en bellen met vrijwilligers, zowel met vragen als bij problemen. Daarnaast is er op hun website betrouwbare informatie te vinden op maat van kinderen en jongeren uit verschillende leeftijdsgroepen over diverse onderwerpen. Op het online forum van Awel kunnen jongeren op een veilige manier contact leggen en in gesprek gaan met andere jongeren (Awel vzw, z.d.).

Jongeren die laagdrempelige hulp zoeken in het kader van suïcidegedachten, kunnen terecht bij de zelfmoordlijn via 1813 of op de website Zelfmoord1813. Hier kunnen zowel jongeren als volwassenen, maar ook naasten, terecht om te chatten, mailen of bellen met een vrijwilliger-hulpverlener. Verder is er op de website informatie te vinden over hoe om te gaan met suïcidegedachten, hoe verder te gaan na een suïcidepoging, hoe praten over zelfdoding en zoeken naar professionele hulpverlening. Daarnaast ontwikkelde het Centrum ter Preventie van Zelfdoding enkele online tools, zoals het *SafetyPlan* en de apps *'Back-up'* en *'OnTrackAgain'*, welke helpen om om te gaan met suïcidegedachten, om een crisis te overbruggen en om verder te gaan na een suïcidepoging (Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie, z.d.-b).

Tot slot wordt er de laatste jaren werk gemaakt van het inzetten van betaalbare psychologen in de eerstelijnszorg. Deze psychologen worden eerstelijnspsychologen genoemd en hebben als doel laagdrempelige, toegankelijke en betaalbare psychische ondersteuning te bieden. Voor volwassenen loopt dit project sinds 2018, voor kinderen en jongeren pas sinds april 2020. De organisatie van de eerstelijnspsychologische hulp kreeg van bij de start al veel kritiek, zowel van zorgvragers als hulpverleners (Cools, 2018; PANGG 0-18, 2020).

“Minister Maggie De Block maakte onlangs haar beslissing bekend om psychologische begeleiding terug te betalen. Met deze boodschap wordt de burger minstens drie maal bedrogen - ten eerste

qua toegankelijkheid, ten tweede qua aanmelding en tenslotte ook qua aanpak.”

– Opiniestuk psychologen en psychotherapeuten (Van Driessche, 27 juni 2018)

Eén van de pijnpunten aan de huidige organisatie van eerstelijnspsychologen, is dat men er enkel bij terecht kan na doorverwijzing van een hulpverlener. Dit is zowel voor volwassenen als voor minderjarigen het geval, hetgeen net een extra drempel creëert die er bij eerstelijns hulp niet zou mogen zijn. Een ander pijnpunt is dat slechts vier sessies terugbetaald worden, waarbij de hulpvrager het gunsttarief van €11,20 betaalt, met een eventuele verlenging van nog vier sessies, hetgeen resulteert in een maximum van acht terugbetaalde sessies. Vier tot acht sessies zijn in veel gevallen ruim onvoldoende. Het opbouwen van een vertrouwensband met een hulpverlener en het nodig hebben van begeleiding duurt vaak heel wat langer (Cools, 2018; PANGG 0-18, 2020).

“De psycholoog heeft dan de onmogelijke opdracht om op 4 gesprekken een depressie, angststoornis of alcoholverslaving op te lossen. Als dit haalbaar zou zijn, wat wetenschap en ervaring tegenspreken, zouden er geen wachtlijsten bestaan. Als je dan de pech hebt dat je na 4 gesprekken nog niet voldoende hersteld bent zal een derde hulpverlener je dossier bekijken en beoordelen of je extra terugbetaalde hulp "verdient". Deed je wel genoeg je best om beter te worden? En als je dan na dit terugbetaalde traject meer hulp nodig hebt, verwacht u dat je de overstap maakt naar een vierde hulpverlener om zonder terugbetaling verder aan jezelf te werken. Hoe kan een cliënt zo voldoende vertrouwen opbouwen om samen te werken met een hulpverlener?”

– Open brief van hulpverleners (Raskin, 2 maart 2019, z.p.)

Tot slot moet er, om beroep te kunnen doen op de eerstelijnspsycholoog, bij kinderen en jongeren sprake zijn van een licht tot matig psychisch probleem (PANGG 0-18, 2020). Bij volwassenen wordt deze categorisering nog versterkt; enkel wie een depressie, angststoornis of verslavingsproblematiek heeft, komt in aanmerking voor het gunsttarief (Cools, 2018). Deze drempels maken dat de draagwijdte van de eerstelijnspsycholoog momenteel zeer beperkt is.

“Ondanks dat ik "maar" 23 jaar ben, voel ik mij oud, uitgeput en kwaad. Toch zal ik er elke maand opnieuw voor kiezen om 60 euro te betalen aan mijn psycholoog, in de plaats van 11 euro. Ik maak die beslissing op basis van vier argumenten:

- *De bijstand die ik krijg, is niet enkel beperkt tot de bijwerkingen (depressie, verslaving, en angststoornissen).*
- *De bijstand die ik krijg, wordt op een financieel eerlijke manier vergoed tegenover de psycholoog in kwestie.*
- *De bijstand die ik krijg, is niet beperkt tot een arbitrair gekozen aantal sessies.*
- *De bijstand die ik krijg, heeft geen drempel van de huisdokter. Een dokter die elke 4 maanden moet vaststellen dat: (1) ja, ik nog steeds verkracht ben, en (2) ja, ik nog steeds ADD heb.*

Niet alle burgers hebben de luxe om deze keuze te maken. Tegelijkertijd ben ik moe, uitgeput en kwaad. Deze nieuwe maatregel is voor mij een bevestiging dat onze overheid "wereldvreemd" is.”

– Opiniestuk jongere (De Naghel, 27 februari 2019, z.p.)

2.2.2 Mentaal welzijn binnen de gezinscontext: preventieve en laagdrempelige opvoedingsondersteuning voor ouders van kinderen met een psychische kwetsbaarheid

Contextgericht werken geniet steeds de voorkeur, de jongere kan immers niet los worden gezien van zijn/haar systeem, dat beschikt over heel wat krachten en mogelijkheden om het kind zo goed als mogelijk te ondersteunen. Net zoals het kind zelf, hebben ook ouders, broers en zussen en andere familieleden eigen zorgnoden en hulpvragen. Hiervoor is het enerzijds belangrijk dat ouders, net zoals leerkrachten, psychische problemen bij hun kind tijdig kunnen signaleren en bespreekbaar maken. Anderzijds is het belangrijk om ouders van kinderen met psychische problemen ondersteuning te bieden en om zoveel mogelijk contextgericht te werken. Dit om zo goed als mogelijk het kind te kunnen begeleiden en bij uitbreiding om aan de zorgnoden van de ouders tegemoet te komen. Uit getuigenissen van ouders blijkt dat zij betrokken willen worden bij de hulpvragen van hun kind, maar dat zij niet altijd weten hoe ze het gesprek moeten aangaan of hoe zij hun kind kunnen helpen. Ook voor de jongere is het niet altijd makkelijk om zijn/haar ouders in vertrouwen te nemen, vaak uit angst voor hun reactie of uit schaamte. Om het gezin hierbij te helpen, zijn er verschillende (online) initiatieven die focussen op preventieve en laagdrempelige opvoedingsondersteuning en begeleiding van ouders van een kind met psychische moeilijkheden.

Het moeilijkste was het vertellen aan mijn ouders. Mijn ouders kon ik de waarheid niet mondeling vertellen. Ik wist dat ik nooit mijn verhaal gedaan zou krijgen zonder te wenen dus besloot ik om het in een brief naar hun te schrijven. De brief had het over de automutilatie, mijn geaardheid en de hulpverlening bij TEJO. De reactie van mijn ouders was niet bepaald positief. Het was op een bepaalde manier wel logisch want ze voelden zich een beetje voorbij gegaan, zonder te praten met hen. Ze vertelden me dat ik wel altijd bij hen terecht kon. Wanneer ik de nood had om te snijden, moest ik naar hun komen, hoe laat het ook was, want praten is beter dan snijden.”

– Getuigenis jongere (Gysbrechts, z.d., z.p.)

En je begint dingen te zoeken bij jezelf, van, heb ik dingen verkeerd gezegd? Allé ik ben – ik voel mij nooit een goede, allé een heel goede moeder. Ik weet... Ik zou graag een handboek hebben van ‘Hoe voedt u uw kind op?’ Maar dat bestaat natuurlijk niet dus je begint zo te twijfelen aan jezelf van, heb ik ergens iets fouts gezegd of iets fouts gedaan of...?

- Getuigenis moeder van een jongere (“Help! Mijn kind denkt aan zelfmoord.”, z.d., z.p.).

In de Gids voor Gezinnen, die ontwikkeld werd door het kenniscentrum van het Hoger Instituut voor Gezinswetenschappen van de Odisee Hogeschool, kunnen gezinnen heel wat informatie vinden over allerhande onderwerpen en (opvoedings)problemen. De Gids lijst verschillende regionale en nationale initiatieven op waar ouders, maar ook jongeren en andere gezinsleden, terecht kunnen (Kenniscentrum Hoger Instituut voor Gezinswetenschappen, 2016).

Zo kunnen ouders en familieleden van kinderen met psychische problemen terecht bij Similes. Similes reikt ouders online tools aan om onder meer broers en zussen of familieleden in te lichten en om aan zelfzorg te doen. Daarnaast biedt Similes informatie aan over het zoeken naar en inschakelen van professionele hulpverlening, bieden zij antwoord op financiële vragen in verband met hulpverlening of het schooltraject van een kind met psychische problemen. Verder bieden zij ondersteuning aan ouders van meerderjarige kinderen met moeilijkheden. Naast tools en

informatie, organiseert Similes vormingen voor ouders en lotgenotencontacten (Similes, z.d.). Het Familieplatform Geestelijke Gezondheid biedt net zoals Similes heel wat informatie en tools voor ouders en bundelt daarnaast specifieke informatie en ondersteuningsinitiatieven voor verschillende psychische aandoeningen en problemen (Familieplatform Geestelijke Gezondheid vzw, 2018).

“Gelukkig is er nu qua opvang, begeleiding enz veel veranderd. Als ouder vind ik veel steun bij lotgenotenverenigingen zoals Similes, bij het ambulante zorgteam, zelfs psychiater en psycholoog zijn aanspreekbaar.”

– Getuigenis moeder van een jongere (“Moeder van een psychisch kwetsbare jongere.”, z.d., z.p.)

De website Zelfmoord1813 van het Centrum ter Preventie van Zelfdoding geeft concrete tips en informatie om psychische problemen en suïcidegedachten te signaleren en over hoe ouders hiermee om kunnen gaan. Op de websites zijn filmpjes met uitleg terug te vinden, net zoals communicatietips, oefeningen om beter over gevoelens te leren praten, een leidraad om met conflicten om te gaan, tips om duidelijke afspraken te maken met je kind, hulp bij het creëren van een veilige omgeving, tools om je kind zelf naar oplossingen te laten zoeken en *do’s en dont’s*. Naast algemene opvoedingsondersteuning biedt de website ondersteuning bij en informatie over meer specifieke problemen, zoals suïcidegedachten, (para)suïcidaal gedrag en automutilatie (“Help! Mijn kind denkt aan zelfmoord.”, z.d.).

“Toen vertelde mijn dochter me dat ze zwaar automutileerde. Eerlijk, ik had daar nooit wat van gemerkt, zo goed hield ze het verborgen. Mijn reactie was: ‘allem nu, dat kan toch niet. Ik heb mijn gezin onder controle.’ Maar nee, dat had ik dus niet. Dat was voor mij een van de zwaarste momenten in het proces.”

– Getuigenis moeder van een jongere (“Ik blijf vechten. Zelfs tegen de bierkaai.”, z.d., z.p.)

Wanneer er reeds professionele hulp betrokken is bij het gezin, kunnen zij een rol opnemen bij het begeleiden en ondersteunen van de ouder(s) en/of andere gezinsleden. Dit zijn bijvoorbeeld eerstelijns hulpverleners zoals de huisarts en het CLB of meer gespecialiseerde hulp zoals een CGG, zelfstandige psychologen of psychiaters, een mobiel (crisis)team of residentiële hulpverlening. Sommigen van hen werken reeds contextgericht, terwijl er bij andere actoren ruimte is om de ouderbetrokkenheid te verbeteren. Het thema familiebetrokkenheid en ondersteuning van ouders van wie een kind begeleid wordt in de geestelijke gezondheidszorg, wordt in een volgend hoofdstuk uitgebreid toegelicht.

2.3 De cliënt met een hulpvraag: een gecompliceerd parcours doorheen de geestelijke gezondheidszorg

Cliënten leggen vaak een lange weg af vooraleer ze bij de juiste hulpverlening terechtkomen. De redenen hiervoor zijn divers. Zo zijn er vaak lange wachttijden, zeker voor ambulante hulp. Daarnaast is het hulpverleningslandschap onvoldoende transparant en is het voor cliënten lang zoeken naar de juiste hulpverlening, hetgeen ervoor zorgt dat cliënten niet steeds de juiste en minst ingrijpende hulp eerst krijgen en/of dat problemen escaleren en meer intensieve hulp nodig is. Tot slot hebben het beleid en de financiering van de geestelijke gezondheidszorg een serieuze impact op de toegankelijkheid van de hulpverlening.

2.3.1 Stepped care, matched care & subsidiariteit

Binnen de geestelijke gezondheidszorg dient er zoveel mogelijk gestreefd te worden naar het koppelen van de juiste zorg aan de juiste cliënt, met aandacht voor het principe van subsidiariteit. Concreet komt dit erop neer dat de minst ingrijpende hulp die nodig is eerst wordt aangewend. Trapsgewijs te werk gaan ('stepped care') is de boodschap: hulp aanbieden die voor de cliënt nodig is, niet minder maar zeker niet meer. Dit betekent niet noodzakelijk dat men steeds met de minst ingrijpende hulp moet starten. Sommige cliënten kunnen onmiddellijk nood hebben aan meer intensieve of gespecialiseerde hulp, zonder voorafgaand eerst alle 'minder' ingrijpende hulp aan te wenden. Ondanks dat men trapsgewijs te werk gaat, dient men niet altijd onderaan te beginnen, integendeel. Door onderaan de trap te starten met hulpverlening, doet een cliënt er soms heel lang over om tot de juiste hulp te komen, hetgeen kan resulteren in therapiemoeheid en/of therapie-ontrouw. Zoeken naar de juiste match tussen hulpverlening en cliënt, waardoor de cliënt zo snel als nodig en onmiddellijk door de juiste hulpverlening geholpen wordt ('matched care') is belangrijk. Dit heeft zowel een positieve (financiële) impact als een reductie van wachttijden tot gevolg, doordat de cliënt snel de juiste hulp krijgt en niet eerst andere hulpverlening uitput. Deze principes zijn vooralsnog onvoldoende geïntegreerd in de geestelijke gezondheidszorg. Dit manifesteert zich in een onjuiste verdeling van financieringsmiddelen en een oververzadiging van hulpverlening, met als gevolg wachttijden en toegankelijkheidsproblemen. Hierop volgt bij cliënten en naasten mogelijke escalatie van problemen, het niet vinden of aangaan van hulp en het niet-bereiken van kwetsbare doelgroepen (De Cuyper et al., 2018).

2.3.2 Wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg: een complex probleem

Wachttijden voor hulpverlening zijn, zeker in de geestelijke gezondheidszorg, een veelbesproken onderwerp. Onderzoek van de Staten Generaal Geestelijke Gezondheid (SGGG) en de Universiteit Antwerpen (UA) legde de huidige wachttijden in de hulpverlening bloot en peilde naar de impact en beleving bij zowel cliënten en naasten hierrond. De resultaten liegen er niet om: één op zes volwassenen staat op een wachtlijst voor psychische hulp, bij kinderen en jongeren is dat de helft (Van den Broeck et al., 2020).

"België en zijn artsen gaan er prat op dat er geen wachttijden zijn in de gezondheidszorg hier. Ze spreken van een schril contrast met Nederland en het Verenigd Koninkrijk. Het is een leugen. Wie zich hier aanmeldt met een depressie, moet dikwijls minstens 2 maanden wachten voor een intake, en vervolgens nog eens 3 maanden op het eerste gesprek met een therapeut. Dat betekent vijf maanden wachten vooraleer aan je behandeling wordt begonnen. Jongeren waarbij men een ontwikkelingsstoornis vermoedt, zoals autisme of ADHD, moeten vaak een jaar wachten eer er een diagnose gemaakt wordt. De start van de behandeling volgt nòg later. Geen wachttijden in België? Het is een leugen. Misschien niet voor veel somatische aandoeningen, maar zeker in de geestelijke gezondheidszorg."

– Opiniestuk psychiater en psycholoog, Vlaams Vereniging voor Psychiatrie (Catthoor & Van den Broeck, 14 maart 2019)

De wachttijd is, afhankelijk van de soort hulp, soms langer dan een jaar. Zeker voor kinderen en jongeren zijn de wachttijden over het algemeen nog langer dan voor volwassenen. Bovendien lijkt te gelden dat hoe betaalbaarder de hulp, hoe langer het wachten is. Bij minderjarigen worden

ruim 60% van de hulpvragen bij een CGG niet ingelost, en worden bijna 80% van de hulpvragen bij een mobiel team voor langdurige zorg niet beantwoord. Dit tegenover een kleine 30% bij zelfstandige psychologen of psychiaters. Voor een opname of dagopname schommelt dit rond de 50%. Zelfs bij TEJO worden ruim 40% van de hulpvragen niet ingelost. Voor jongeren in de scharnierleeftijd tussen 16 en 20 jaar zijn deze cijfers iets beter, mogelijks aangezien zij reeds in aanmerking komen voor hulp uit het aanbod voor volwassenen, waar de wachttijden minder lang zijn dan in de kinder- en jeugdpsychiatrische hulpverlening (De Grave et al., 2021).

De redenen voor deze wachttijden zijn, evenals de mogelijke oplossingen, complex en worden hieronder uitvoerig besproken. In grote lijnen zijn er drie hoofdredenen waardoor wachttijden ontstaan: organisatie, doorstroom en capaciteit (De Grave et al., 2021).

Transparantie en organisatie: de invloed van de versnippering van het zorglandschap op de wachttijden

Het probleem van (te lange) wachttijden, valt in de eerste plaats te verklaren aan de hand van hoe (psychische) hulpverlening momenteel georganiseerd is. Een wachtrij wordt langer wanneer mensen op de verkeerde wachtlijst staan, op meerdere wachtlijsten tegelijk staan of enkel op die wachtlijst staan om vragen te stellen of om advies te vragen (De Grave et al., 2021).

Het zorgaanbod voor psychische hulp is zodanig versnipperd, dat een duidelijk, transparant overzicht ontbreekt. Dit zorgt er in de eerste plaats voor dat mensen met een hulpvraag, maar ook hulpverleners die (moeten) doorverwijzen, niet weten waar ze terecht kunnen en welke hulp passend is (Broché & Van Damme, 2016). Dit heeft als gevolg dat cliënten vaak op een wachtlijst staan voor hulp die niet tegemoet komt aan hun noden of dat zij op een wachtlijst terechtkomen met vragen of voor advies, zonder effectief van de hulp gebruik te (gaan) maken. Hierbij komt nog dat cliënten die zich bij een ‘verkeerde’ organisatie aanmelden, niet onmiddellijk worden doorgestuurd en ‘losgelaten’. Daarnaast staan hulpvragers soms op meerdere wachtlijsten tegelijkertijd, net doordat zij of hun verwijzers geen of weinig zicht hebben op welke hulp nodig is, beschikbaar is en/of hoe lang het daarop wachten is. Dit werkt logischerwijze de verlenging van de wachttijden nog meer in de hand (Werkgroep Wachttijden SGGG, 2020; De Grave et al., 2021).

“Het allergrootste probleem is overal gaan aankloppen en nergens gepaste hulp vinden. Je moet het allemaal zelf uitzoeken.”

– Getuigenis over wachtlijsten (Van den Broeck et al., 2020, p. 54).

Zeker wanneer problemen complex zijn, bestaat het risico om niet bij de juiste hulp terecht te komen. Het gebrek aan tijd en middelen bij verschillende organisaties, zorgt ervoor dat (hulp)vragen niet voldoende uitgebreid worden beantwoord, waardoor passende hulp uitblijft. Daarbij komt dat veel organisaties zich specialiseren in bepaalde problematieken, waardoor cliënten voor meer complexe hulpvragen worden doorgestuurd of bij verschillende actoren (tegelijk) in behandeling zijn. De specialisatie en bijkomende afbakening zorgt mede voor nog verdere versnippering (Minner et al., 2018).

“Het Vlaamse hulpverleningslandschap inzake geestelijke gezondheidszorg is voor veel cliënten niet transparant. Mensen weten niet waar ze kunnen aankloppen voor welke hulp. Dit merken we in de praktijk uit de hulpvragen die ons telefonisch en via mail bereiken.”

– Open brief van hulpverleners (Raskin, 2 maart 2019, z.p.)

De grote diversiteit van hulpvragers en zorgaanbieders, zorgt er verder voor dat er allerhande hulpvragen binnensijpelen in de geestelijke gezondheidszorg waarvoor geen psychologische of psychiatrische zorg nodig is. Zo worden bepaalde problemen soms te snel gepsychiatriseerd, zoals bijvoorbeeld bij rouwverwerking. De vraag hierbij is wanneer rouwen problematisch wordt en hiervoor psychische hulp nodig is, en wanneer niet en andere hulp of coaching moet worden aangewend. Dit is een delicate en moeilijke afweging, maar binnen de geestelijke gezondheidszorg en bij uitstek bij de CGG's dient de focus te liggen op psychische en psychiatrische hulpverlening (Werkgroep Wachttijden SGGG, 2020).

Een betere afstemming tussen actoren, meer transparantie en continuïteit binnen de hulpverlening en uitvoering en organisatie van de wachtlijsten, kan deze problemen verhelpen. Nu wordt er vaak vanuit de huisarts of spoeddienst doorverwezen, al hebben zij zelf weinig zicht op welke hulp voorhanden en/of nodig is (Minner et al., 2018). Het opzetten en organiseren van een indicatiestellingsplaats of dispatchingsysteem, bijvoorbeeld in de vorm van een centraal aanmeldpunt of geïntegreerd breed onthaal, is een mogelijkheid om de wachtlijsten uit te zuiveren en zorgvragers snel en gericht naar de juiste hulp toe te leiden. Door een centraal aanmeldpunt, bemand door mensen die hulpvragen kunnen inschatten en zicht hebben op de werking en het aanbod van verschillende organisaties, verlicht de druk niet alleen op huisartsen en spoeddiensten, maar evengoed op de andere actoren in de sector. In deel drie van deze bachelorproef ga ik dieper in op mogelijke oplossingen en aanbevelingen, zo ook rond het thema wachttijden (Werkgroep Wachttijden SGGG, 2020; De Grave et al., 2021).

“Ik heb de zoektocht als 'waanzin' ervaren. Ik miste vooral één plek waar ik verder georiënteerd zou worden. Er zijn topinitiatieven maar men zit te veel op eilanden te werken.”

“Er zou een centraal aanmeldingsloket moeten zijn waar alle hulpverleningsorganisaties op aangesloten zijn zodat je niet telkens opnieuw je verhaal moet doen.”

- Getuigenis over wachttijden (De Grave et al., 2021, p16)

Instream, doorstroom en uitstroom

Niet alleen het aantal meldingen heeft invloed op de wachttijden, ook hoe snel cliënten geholpen worden en hoe snel de hulp wordt afgerond. Het is met andere woorden niet alleen een probleem van instroom, maar evengoed van doorstroom en uitstroom (Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, 2019). Cliënten die zich aanmelden met problemen, dienen in de eerste plaats de best mogelijk hulp te krijgen, maar deze hulp dient weliswaar niet langer dan noodzakelijk te duren. Intensief begeleiden is, in combinatie met het tijdig afronden van die hulp, van belang voor een goed doorstroom- en uitstroombesleid. Hulpverleners moeten hulpvragers durven loslaten, mits zij daar klaar voor zijn. Wanneer dit niet lukt en het aantal behandelingen dat wordt afgerond kleiner is dan het aantal nieuwe meldingen, zorgt dit, los van de capaciteit, voor een aangroei van de wachtlijsten (De Grave et al., 2021).

Hoe lang die hulpverlening moet duren, is nog steeds afhankelijk van de hulpvraag en noden van de cliënt, met als belangrijkste uitgangspunt 'zo lang als het moet, maar niet langer dan nodig'. De soort problematiek en de ernst van de hulpvraag spelen hierbij een belangrijke rol, net zoals het opbouwen van een vertrouwensband tussen hulpverleners en cliënt. Bij sommigen is langere

begeleiding nodig, bij anderen dan weer niet. Wel is het belangrijk om bij het afronden van de begeleiding na te gaan of en welke verdere hulpverlening nog nodig is en om hierbij de continuïteit en opvolging te garanderen (Werkgroep Wachttijden SGGG, 2020; De Grave et al., 2021). Dit kan pas wanneer het hulpverleningslandschap duidelijk gestructureerd en transparant is, waarbij aandacht is voor samenwerking en uitwisseling tussen de verschillende organisaties en hulpverleners. Indien dit niet het geval is, bestaat de kans dat cliënten ofwel buiten de hulpverlening vallen, ofwel weer terecht komen op de foute plek of op een wachtlijst (Debouwer & Cautaers, 2016).

Financiering en capaciteit

Een derde reden voor wachttijden, is het gebrek aan capaciteit en middelen in de geestelijke gezondheidszorg, en bij uitbreiding de disfunctionele financiering en subsidiëring van de hulpverlening. De Staten Generaal Geestelijke Gezondheid buigt zich uitgebreid rond dit thema in de werkgroep ‘perverse impact financieringsmechanismen’, hetgeen aantoont dat financiering een belangrijk, maar complex en uitgebreid probleem vormt binnen de GGZ, waarvoor geen eenduidige oplossing bestaat (Lowet et al., 2021).

In België gaat tot op heden slechts 6% van het totale budget voor gezondheidszorg naar geestelijke gezondheidszorg. In juli 2020 nam het federale parlement een resolutie aan om dit op te trekken naar 12%. Van die financiële middelen gaat momenteel ruim 80% naar residentiële (derde- en vierdelijns-) hulpverlening. Dit ondanks de recente hervormingen in het kader van artikel 107¹, waarbij de focus verschuift van residentiële hulp naar ambulante hulpverlening en waardoor ziekenhuizen, met behoud van subsidies, hun aantal bedden kunnen verminderen ten voordele van ambulante en mobiele hulpverlening (Mistiaen, Cornelis, Detollenaere, Devriese, & Ricour, 2019). Dit percentage staat in schril contrast met de slechts vijf procent die voor de (Vlaamse) Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg wordt vrijgemaakt. Op niveau van de algemene gezondheidszorg wordt dit cijfer nog choquerender: slechts 0,3% van de middelen voor gezondheidszorg in Vlaanderen wordt besteed aan de CGG's (Werkgroep Wachttijden SGGG, 2020; De Grave et al., 2021).

“Het klinkt paradoxaal, maar iemand in een bed leggen is een gemakkelijksoplossing. Het is een gevolg van te weinig teams voor thuiszorg, en te weinig opties voor psychologische en andere oplossingen. Het is voor een patiënt veel makkelijker om naar de spoedafdeling van een ziekenhuis te gaan en zo in een psychiatrisch bed te belanden dan ambulant hulp te zoeken bij een psychiater, psycholoog of andere therapeut. Ziekenhuizen zijn toegankelijk en hebben niet de neiging mensen meteen weer naar huis te sturen.”

- Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (De Grave et al., 2021, p. 2).

In een maatschappij waarin gepleit wordt voor en gestreefd wordt naar subsidiariteit, *stepped care* en *matched care*, is het onbegrijpelijk dat er zoveel middelen worden ingezet voor intensieve, gespecialiseerde hulpverlening en slechts zo weinig geld besteed wordt aan preventie en aan de nulde-, eerste en tweedelijnszorg. Door dit financieringssysteem is het langer wachten

¹ De recente hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg komen uitgebreider aan bod in hoofdstuk 3 (3.2.1 Organisatie van de geestelijke gezondheidszorg en crisis- en urgentiehulpverlening voor kinderen en jongeren in Vlaanderen).

op ambulante hulpverlening dan op residentiële hulpverlening, waardoor cliënten die hulp nodig hebben vaker en sneller in opname gaan. Verder heeft de kostprijs een invloed op de wachttijden en bepaalt dit in veel gevallen bij welke hulp cliënten terechtkomen. Zo is de wachtlijst bij een CGG, waar consultaties met een psycholoog of therapeut voor de cliënt relatief goedkoop zijn, heel wat langer dan de wachtlijsten bij zelfstandige psychologen of in de private zorgverlening. Dit zorgt er op zijn beurt weer voor dat cliënten niet (onmiddellijk) aan de juiste hulp gelinkt worden, en dat wie over minder middelen beschikt minder (snel) toegang heeft tot hulpverlening (De Grave et al., 2021).

Het financieringssysteem zorgt niet alleen voor toenemende wachttijden bij eerste- en tweedelijnsdiensten, maar heeft evenzeer effect op de bezetting binnen (psychiatrische) ziekenhuizen. Deze ziekenhuizen (of psychiatrische afdelingen) worden voor een deel gefinancierd op basis van de bezettingsgraad van hun bedden, waardoor bedden soms langer dan nodig bezet worden gehouden en niet tijdig beschikbaar zijn voor wie (bijvoorbeeld in geval van crisis) snel een opname nodig heeft (Cochez, 2015).

“Psychische klachten en stoornissen komen almaar frequenter voor en we slagen er als welvarende samenleving niet in om toegankelijke zorg te organiseren voor iedereen die dat nodig heeft. Dit leidt tot bijkomend persoonlijk lijden en vermijdbare maatschappelijke kosten.”
– Opiniestuk psychiater en psycholoog, Vlaams Vereniging voor Psychiatrie (Cathoor & Van den Broeck, 14 maart 2019)

Eerder werd al besproken dat inzetten op preventie en eerstelijns hulp zijn vruchten afwerpt en in veel gevallen escalatie van problemen voorkomt. Hierbij komt nog dat het toekennen en herverdelen van middelen ten voordele van eerste- en tweedelijnszorg, zowel letterlijk als figuurlijk winst oplevert. Deze winst is niet enkel op micro- en mesoniveau het geval, bijvoorbeeld door betere hulp, snellere toegang en lagere kosten voor de cliënt, maar ook op macroniveau. Dit bijvoorbeeld doordat opnames, die de maatschappij meer geld kosten, worden vermeden (Werkgroep Wachttijden SGGG, 2020; De Grave et al., 2021). Maar evengoed onrechtstreeks, doordat preventie en vroegtijdige hulp zorgen voor een betere algemene gezondheid en voor een stijging van de actieve beroepsbevolking. Momenteel ligt bij ruim 30% van de (uitkeringsgerechtigde) arbeidsongeschikten en 50% van de werklozen, een psychisch probleem (mede) aan de oorzaak van de werkonbekwaamheid en zorgen psychische problemen voor verminderde productiviteit, meer ziekteverzuim en een lagere tewerkstellingsgraad in de arbeidscontext. De brede economische schade ten gevolge van psychische problemen bedraagt vijf procent van het Bruto Binnenlands Product. Verder doen mensen met psychische problemen vaker beroep op fysieke gezondheidszorg (Clark & Layard, 2018). Het creëren van een betere toegang tot psychische zorg, kan de algemene gezondheidszorg een besparing van twintig procent opleveren (Van de Cloot & Van Herck, 2013). Concreet komt het erop neer dat elke euro die in geestelijke gezondheidszorg wordt geïnvesteerd, meer dan die ene euro oplevert (Clark & Layard, 2018).

“De draagkracht als ouder wordt op de proef gesteld. Ik ben zelf uitgevallen op het werk omdat ik te veel zorg moest opnemen.”

- Getuigenis over wachtlijsten (Van den Broeck et al., 2020, p. 50).

2.3.3 Impact en beleving van wachttijden bij zorggebruikers

Zoals hierboven al kort aangehaald, hebben wachttijden in alle lijnen van de geestelijke gezondheidszorg verregaande gevolgen. De SGGG en de UA deden een uitgebreid onderzoek met 1600 respondenten naar de wachttijden voor geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Meer dan de helft van de zorggebruikers die op een wachtlijst staan of waarvan een kind op een wachtlijst staat, geeft aan dat de problemen tijdens het wachten verder verergeren, ruim veertig procent ondervond weinig tot geen verschil (Van den Broeck et al., 2020).

“Hoe meer tijd er verstreek, hoe meer suïcidale gedachten mijn kind had. Op de lange duur interesseerde het haar niet meer om geholpen te worden. Ze wou enkel nog sterven.”

– Getuigenis over wachtlijsten (Van den Broeck et al., 2020, p. 50).

Met een open vraag peilde de enquête vervolgens naar de concrete impact en effecten van het wachten op psychische hulp. Het vaakst genoemde gevolg van de wachttijd is dat men als zorggebruiker begint te twijfelen of men de hulp wel zou aangaan of voortzetten. Men begint te twijfelen aan het nut van hulpverlening of krijgt door het lange wachten net minder motivatie en meer angst (Van den Broeck et al., 2020).

“Wanneer je eindelijk de stap zet, heb je op dat moment ook motivatie om je probleem aan te pakken en wil je beginnen. Deze verdwijnt door het wachten.”

“Hoe langer ik moest wachten, hoe meer ik mijn hulpaanvraag wou annuleren uit angst voor wat er zou komen.”

– Getuigenis over wachtlijsten (Van den Broeck et al., 2020, p. 48).

De wachttijden zorgen voor gevoelens van wanhoop en machteloosheid, waardoor de problemen nog verergeren, soms gepaard gaand met suïcideneigingen of –pogingen. Deze gevoelens vertalen zich verder in een verlies van vertrouwen in hulpverlening of het gevoel in de steek te worden gelaten, waardoor men wederom minder geneigd is om de hulpverlening verder te zetten of om bij andere/nieuwe problemen nog hulp te zoeken. De toenemende extremiteit van problemen is daarenboven vaak een schreeuw om hulp, een noodkreet. Soms om aan te tonen dat er dringend hulp nodig is, dat de problemen ernstig zijn of omdat crisisvragen (meestal) iets sneller beantwoord worden (Van den Broeck et al., 2020).

“Het mobiel crisis team was wel heel snel. Jammer dat zolang het geen extreme crisis is, het enorm moeilijk is om hulp te krijgen.”

– Getuigenis over wachtlijsten (Van den Broeck et al., 2020, p. 49).

Dit is zorgwekkend; de escalatie van problemen vraagt op zijn beurt weer meer en intensievere zorg, wat wederom de wachtlijsten verergert en niet in de minste plaats voor de cliënt vaak ingrijpende gevolgen heeft. Zo wordt bijvoorbeeld de wet op gedwongen opname soms onterecht ingezet om wachtlijsten te omzeilen of raken cliënten tijdens een residentiële opname getraumatiseerd doordat er vrijheidsbepalende maatregelen worden ingezet om met ernstige en acute situaties om te gaan. Deze problemen komen verder aan bod in de volgende hoofdstukken.

“Ik kreeg van het CGG de raad mijn klachten, die al ernstig waren, te overdrijven. Ze zei dat dat de enige manier was om ergens binnen te geraken.”

“Ik hoorde van andere patiënten dat hen werd verteld dat je sneller in een (crisis)opname zou belanden als je langs spoed ging. Het baart me zoveel zorgen dat veel kinderen verkeerd redeneren en denken "oké ik moet zelfmoordpoging doen of,..."”

– Getuigenis over wachtlijsten (Van den Broeck et al., 2020, p. 49).

Naast een impact op de gevoelens en psychische problemen van de cliënt, hebben de wachttijden een financiële en sociale impact op cliënten. Wanneer men wacht op hulp en toch dringend hulp nodig heeft, dringen duurdere alternatieven zich op. Voor wie arbeidsongeschikt is en bovendien geruime tijd op een wachtlijst staat, neemt de duur van de ziekteperiode alsmaar toe. Hetzelfde geldt voor kinderen die omwille van psychische problemen en het uitblijven van hulp slechter presteren op school of tijdelijk niet meer naar school kunnen gaan. Daarnaast hebben psychische problemen een impact op iemand zijn/haar omgeving. Wanneer iemand op een wachtlijst staat, bestaat de kans dat binnen zijn/haar context spanning of mogelijk onbegrip toeneemt. Dit is eveneens het geval wanneer het gaat om een kind dat op de wachtlijst staat. Dit heeft invloed op het functioneren van de andere gezinsleden en roept ook bij hen gevoelens van wanhoop op. Zeker voor ouders, die er tijdens een wachtperiode vaak alleen voor staan, is de negatieve impact groot (Van den Broeck et al., 2020).

“Effecten op omgeving, bij de start is er empathie, na langer wachten is er frustratie vanuit onbegrip”

“Mijn kind is suïcidaal, dus het hele gezin is gereorganiseerd in functie van zijn geestelijke problemen. Het gezin lijdt mee.”

“Je energie geraakt op. Je kind voelt dit aan en wordt nog moeilijker, dus je blijft in vicieuze cirkel zitten”

“Je geeft meer geld uit aan andere ondersteuning, soms duurdert dan de hulp waarop je wacht.”

- Getuigenis over wachtlijsten (Van den Broeck et al., 2020, pp. 49-50).

Naast de negatieve impact van de wachttijden, zijn er zorggebruikers die aangeven dat een wachtperiode ook hoop biedt. Dit komt voornamelijk doordat men perspectief heeft op verdere hulp en men de wachttijd als een rustperiode beschouwt (Van den Broeck et al., 2020).

“Het feit dat ik een afspraak had om naar uit te kijken, maakte het wachten draaglijker.”

- Getuigenis over wachtlijsten (Van den Broeck et al., 2020, p. 49).

2.3.4 Invulling van de wachttijd

Mensen met een hulpvraag die op een wachtlijst staan, gaan op zoek naar alternatieven en mogelijkheden om de wachttijd te overbruggen. Hoger werd reeds aangehaald dat jongeren die op een wachtlijst staan voor gespecialiseerde hulp, tijdelijk bij TEJO terecht kunnen om de wachtperiode door te komen. Verder wordt er vaak een beroep gedaan op andere hulpverlening, zoals de huisarts, crisiszorg, een zelfstandige psycholoog, de school, het CLB of via online alternatieven zoals Tele-Onthaal, Awel en de Zelfmoordlijn. Ook hulp in de informele context wordt aangewend, bijvoorbeeld steun van lotgenoten, vrienden of familie.

“Eventueel zou een tussenoplossing ook een optie kunnen zijn, bv. online hulpverlening daar waar je op de wachtlijst staat of een aantal gesprekken kortdurend.”

“Dat er tijdens de wachttijd al hulp kan geboden worden, ook al is het telefonisch, zodat de ouders niet het gevoel hebben er alleen voor te staan.”

- Getuigenis over wachttijden (De Grave et al., 2021).

Hoe goed het ook is dat men hulp zoekt (en vindt) tijdens een wachtperiode, toch heeft dit op zijn beurt een negatieve impact en zorgt dit weer voor oververzadiging, langere wachttijden en extremere problematieken binnen de eerstelijnszorg. Naast ‘positieve’ alternatieven, gebruikt men soms ook ‘negatieve’ copingstrategieën om de wachttijd door te komen, zoals zelfverwondend gedrag, agressie of een toenemend en/of abusief gebruik van alcohol, drugs of medicatie. Dit hangt nauw samen met het verergeren en escaleren van problemen tijdens de wachtperiode (et al., 2020).

2.4 Besluit

In dit hoofdstuk kwam het belang van preventie, vroegdetectie en laagdrempelige eerstelijns hulpverlening aan bod. Desondanks is dergelijke hulpverlening vaak onvoldoende toegankelijk en wordt er door de overheid te weinig op ingezet en in geïnvesteerd. Daarnaast is het hulpverleningsaanbod een zodanig kluwen, dat het aan overzicht ontbreekt, zowel voor personen met een hulpvraag als voor hulpverleners zelf. Cliënten vinden moeilijk toegang tot hulp, komen bij de verkeerde hulp terecht en/of worden te lang vastgehouden of net weer te snel losgelaten. Wachtlijsten worden langer, problemen verergeren en subsidiariteit blijkt in de praktijk vaker niet dan wel haalbaar. Het is een vicieuze cirkel, of zelfs een neerwaartse spiraal, met vele oorzaken en gevolgen. Een serieuze, maar noodzakelijke verandering dringt zich steeds verder op, maar blijft in de praktijk vooralsnog uit. In het derde deel van deze bachelorproef bespreek ik mogelijkheden om preventie, laagdrempelige hulpverlening en continuïteit in de geestelijke gezondheidszorg te verbeteren en manieren om enerzijds het hulpverleningslandschap transparanter te maken en anderzijds om wachtlijsten in te perken.

3 Sociaalpsychologische invalshoek: Spoedeisende psychiatrische hulpverlening voor kinderen en jongeren

3.1 Inleiding

Zoals reeds in de praktijkgerichte probleemverkenning wordt aangehaald, ervaren veel kinderen, jongeren en hun ouders problemen in hun zoektocht naar passende en urgente hulpverlening wanneer er zich een acute psychiatrische crisis voordoet. Het gaat daarbij om het niet vinden van of niet beschikbaar zijn van snel inzetbare hulp. Wanneer er hulp gevonden wordt en jongeren en hun gezin een beroep doen op allerhande actoren die psychische (urgentie)hulp verlenen, waaronder spoeddiensten, wordt er vaak onvoldoende tegemoet gekomen aan de (psychische) zorgnoden en hulpvragen die zij hebben. Daarbij komt dat er bij urgente hulpvragen te weinig rekening wordt gehouden met het subsidiariteitsprincipe en dat de actoren niet voldoende gezinsgericht te werk gaan.

In dit hoofdstuk ga ik dieper in op hoe urgentiepsychiatrische hulp georganiseerd is en welke zorgnoden kinderen, jongeren, hun ouders en andere betrokkenen hebben wanneer zich een acute psychiatrische hulpvraag voordoet. In het eerste deel richt ik mij op de algemene organisatie van de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren en op de organisatie van psychiatrische crisis- en spoedhulpverlening. Verder leg ik de raakpunten en verschillen uit tussen crisishulp en urgentiehulp en bespreek ik kwantitatieve en kwalitatieve gegevens over spoedeisende hulpvragen en hulpverlening. Hierbij breng ik de verschillende zorgnoden van de jongere en zijn context in kaart. Een groot deel van dit hoofdstuk bestaat uit voorbeelden van interventies die binnen de spoedeisende hulpverlening ondernomen worden als antwoord op de hulpvragen van kinderen en hun context bij acute psychiatrische problemen. Bij deze interventies, die kunnen bestaan uit ambulante en mobiele ondersteuning, hulpverlening op spoeddiensten of vrijwillige of gedwongen crisisopname, focus ik mij in het bijzonder op het subsidiariteitsprincipe en op de principes van outreachend en gezinsgericht werken.

Tot slot gebruik ik deze onderzoeksgegevens en de aangehaalde praktijkvoorbeelden om in deel 3 van deze bachelorproef enkele algemene en sectorspecifieke aanbevelingen te doen naar het beleid en het werkveld, waarbij ik rekening houd met de rol van de gezinswetenschapper en het belang van de context.

3.2 Organisatie van de geestelijke gezondheidszorg en crisis- en urgentiehulpverlening voor kinderen en jongeren in Vlaanderen

Om meer zicht te krijgen op het aanbod en de werking van psychische crisis- en urgentiehulp voor minderjarigen in Vlaanderen, is het in de eerste plaats van belang om een beeld te schetsen van hoe onze huidige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) georganiseerd is. Begin 2010 startte de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen met de 'Gids naar een betere GGZ door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken'. Deze hervorming zet zich in om, zoals beschreven in artikel 11 en 107 van de ziekenhuiswet, de GGZ te vermaatschappelijken door het creëren van regionale zorgnetwerken. In de 13 Vlaamse zorgnetwerken bundelen lokale actoren hun aanbod en krachten om zo toegankelijke, ondersteunende psychische hulp te kunnen

aanbieden en hun werking beter af te stemmen op de noden van zorgvragers (Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, 2010).

Deze hervorming focuste in eerste instantie op de GGZ voor (jong)volwassenen vanaf 16 jaar. Omwille van het ontoereikende aanbod van GGZ voor kinderen en jongeren (GGZKJ) in relatie tot de hulpvragen, de niet-geïntegreerde werking hiervan en het onvoldoende in acht nemen van de socio-economische context van het kind, diende zich ook hier een hervorming aan. Met de 'Gids naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren' wordt sinds 2015 ingezet op het creëren van een GGZ voor minderjarigen die beter afgestemd is op de noden en hulpvragen en waarbij ook de context een belangrijke rol speelt. Concreet worden er ook hier zorgnetwerken gecreëerd met actoren die psychische hulp bieden aan minderjarigen en hun context. Deze zorgnetwerken vallen samen met de provinciale grenzen, in tegenstelling tot de netwerken in de GGZ voor volwassenen. De hoofdreden hiervoor is dat minder actoren actief zijn in de GGZ die zich richten op kinderen en jongeren, waardoor de regionale werkingsgebieden groter zijn dan bij de GGZ voor volwassenen (Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, 2015a).

Een andere belangrijke realisatie bij deze hervorming van de GGZ voor kinderen en jongeren, is de uitrol van een programma 'crisiszorg.' Elke provincie/elk netwerk beschikt over een aanbod aan crisishulp. Dit aanbod is afhankelijk van de reeds bestaande actoren en initiatieven in een bepaalde regio en varieert sterk van netwerk tot netwerk. Bovendien beschikt elke Vlaamse provincie over een crisismeldpunt voor minderjarigen. Deze crisismeldpunten waren in sommige provincies reeds aanwezig voor crisisvragen uit de Integrale Jeugdhulp. Doordat men ervoor opteert om de netwerken GGZ te koppelen aan de bestaande crisisnetwerken van de integrale jeugdhulp, behandelen deze netwerken zowel crisisvragen op het gebied van jongerenwelzijn als psychische crisisvragen (Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, 2015a; Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, 2015b).

De crisismeldpunten zijn 24/7 beschikbaar voor zowel crisisvragen uit de IJH als uit de GGZ voor kinderen en jongeren. De betrokken hulpverlener (en in sommige provincies ook het kind/de ouders zelf) kan in geval van crisis contact opnemen met het meldpunt. Het meldpunt gaat dan na welke verdere hulp of begeleiding aangewezen is en start indien nodig binnen enkele dagen kortdurende ondersteuning op. De meldpunten hebben in de eerste plaats een soncultfunctie; zij denken samen met de aanmelder na over mogelijke hulpverlening en zetten indien nodig de aanmelder verder op weg. Daarnaast kunnen zij ook overgaan tot kortdurende crisishulp. Binnen jeugdhulp zijn er drie soorten crisishulp mogelijk: een kortdurende crisisinterventie van drie dagen, kortdurende crisishulp aan huis voor maximum vier weken of kortstondige crisisopname. De kortdurende mobiele hulpverlening (crisisinterventie en/of crisishulp aan huis) start op binnen de 24u. Minderjarigen die tijdelijk een crisisbed nodig hebben, worden onmiddellijk aan een crisisverblijfplaats geholpen (Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, 2015a; PANGG 0-18, 2015).

Wat betreft psychische hulpverlening bij crisisvragen met een hoofdzakelijke GGZ-problematiek, spelen de mobiele crisisteams een belangrijke rol. Gelet op de vermaatschappelijking van de zorg onder artikel 11 en 107 van de ziekenhuiswet, bieden zij waar mogelijk intensieve, kortdurende crisiszorg aan in de thuissituatie. Zowel de informele context als de reeds aanwezige

hulpverlening wordt nauw betrokken en ondersteund en er wordt zo mogelijk opnamevermijdend of opnameverkortend gewerkt. De mobiele crisisteams en andere initiatieven rond psychische crisishulpverlening richten zich weliswaar enkel op psychische crisissen en kunnen niet inspelen op hulpvragen met een urgent karakter waarbij onmiddellijke hulp nodig is (Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen). Daarbij komt dat men voor deze crisishulp een termijn van één week hanteert waarbinnen dient opgestart te worden, in plaats van binnen de 24u zoals bij IJH wel het geval is (PANGG 0-18, 2021).

Een belangrijk punt in de crisishulpverlening, is het verschil tussen een crisissituatie en een psychisch urgente situatie. In het eerste geval gaat het om een niet-levensbedreigende psychische crisis, in het tweede geval heeft de psychische crisis een spoedeisend karakter, bijvoorbeeld omwille van gevaar van de cliënt voor zichzelf of voor derden. Het crisismeldpunt is dan wel 24/7 beschikbaar, maar kan pas hulp bieden binnen enkele dagen, waardoor urgente situaties waarbij onmiddellijke hulp noodzakelijk is, vooralsnog worden doorverwezen naar de spoeddiensten (Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, 2015b; PANGG 0-18, 2015). Er wordt geopteerd om urgentiehulp geleidelijk aan te implementeren in het programma crisiszorg. De netwerken kunnen dit reeds doen, al staat het onderbrengen van urgentiehulp in de netwerken gepland voor een latere fase, waarbij ook rekening gehouden wordt met het uitbouwen van een liaisonfunctie tussen de diensten GGZKJ en diensten voor spoedeisende (psychiatrische) hulp (Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, 2015a; Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, 2015b).

Deze tendens is trouwens niet nieuw. Al lang voor de hervorming van 2015, bestonden er (sinds 2001) op nationaal niveau (pilot)projecten rond 'outreachzorg' voor kinderen en jongeren. Deze outreachprojecten, waarbij er steeds een samenwerkingsverband was tussen een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) en een kinderpsychiatrische dienst (K-dienst) in de vorm van mobiele teams, namen evenwel geen urgente hulpvragen op zich. Wel gaven sommigen van deze projecten ondersteuning aan spoeddiensten wanneer minderjarigen zich daar aanmeldten met een acute, psychische problematiek. Verder werd bij deze doelstellingen voor mobiele crisishulp aan huis een nauwe samenwerking tussen de verschillende actoren aanbevolen, om crisisinterventiemogelijkheden te garanderen en om op termijn een liaisonfunctie te realiseren tussen de verschillende residentiële en ambulante actoren. Deze aanbeveling loopt ondertussen door bij de hervormingen en is nog steeds een belangrijke pijler om de crisis- en urgentiehulp beter af te stemmen op de noden van de minderjarige en zijn context (Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, 2011).

3.3 Organisatie van spoedeisende psychiatrische hulpverlening voor kinderen en jongeren

Spoedeisende psychiatrische hulpverlening (SEPH) richt zich op kinderen en jongeren in een acute, levensbedreigende psychiatrische crisis waarbij hulpverlening niet kan wachten tot de volgende dag(en) en waarbij onmiddellijke hulp noodzakelijk is. Het kan dan gaan om bijvoorbeeld acuut gevaar omwille van suicide, zelfverwonding of agressie, een ernstige psychose, drugs- of alcoholmisbruik of ander lijden dat voor henzelf of de omgeving ondraaglijk is geworden. Het doel van hulpverlening hier is in de eerste plaats om de psychische probleemsituatie weer onder controle te krijgen en zo de veiligheid van het kind en zijn context te waarborgen. Verder kan deze spoedeisende hulpverlening een eerste stap zijn naar verdere hulpverlening voor het kind en zijn

omgeving of kan het de reeds betrokken hulpverlening evalueren en indien nodig aanpassen aan de noden van het gezin (Deboutte et al., 2010).

SEPH maakt onderdeel uit van de crisiszorg binnen de GGZKJ, maar is evenwel (nog) niet geïmplementeerd binnen de netwerken en onderscheidt zich van de crisiszorg door het urgente/levensbedreigende karakter (Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, 2015b). In theorie komt dit onderscheid neer op crisissituaties die niet levensbedreigend zijn en urgentiesituaties die wel levensbedreigend zijn, maar in de praktijk blijkt dat urgentiesituaties bij kinderen en jongeren zich vaak voordoen tijdens een moment/periode van crisis en dat de context van de jongere hier vaak deel van uitmaakt. Dit maakt dat SEPH verbonden is met de GGZ voor kinderen en jongeren en dat het belangrijk is om uitwisseling en communicatie tussen beide te onderhouden (Deboutte et al., 2010). Het wordt dan ook aanbevolen om psychiatrische urgentiehulp te linken aan de zorgnetwerken en zorgprogramma's voor kinderen en jongeren (Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, 2011).

Idealiter zou SEPH, net zoals de mobiele teams, ook outreachend werken. Zo zou de context van het kind ook in urgentiesituaties maximaal betrokken worden en kunnen meer ingrijpende maatregelen zoals opnames worden vermeden. Net zoals crisishulpverlening, vertrekt ook SEPH vanuit het subsidiariteitsprincipe, waarbij de minst ingrijpende hulp eerst moet worden aangewend. Kortdurende residentiële hulp kan soms nodig zijn, maar zou niet mogen worden ingezet bij gebrek aan alternatieven of om de ouders te ontlasten (Deboutte et al., 2010).

Bij de concrete organisatie van spoedeisende psychiatrische hulp wordt ervoor gepleit om dit te organiseren vanuit bestaande initiatieven crisishulp en GGZ en niet als een aparte organisatie. Zo kan men de werking van bepaalde diensten en actoren uitbouwen om ook aan urgente hulpvragen tegemoet te komen, zonder dat een volledig nieuwe organisatie dient te worden opgezet. Om dit te realiseren is het belangrijk te investeren in trainingen en/of bijkomende opleidingen voor gezondheidswerkers binnen deze actoren en om de nodige hulpmiddelen voor urgentiehulp te voorzien. Voorbeelden hiervan zijn het opzetten van telefonische permanenties, het voorzien in beschikbare en gekwalificeerde hulpverleners, beschikbaarheid van gespreksruimtes en van residentiële crisisbedden. Een ander voordeel dat men zou bekomen bij het organiseren van SEPH in samenwerking met de crisishulp, is de doorstroom van de urgentiehulp naar verdere crisiszorg en, omgekeerd, wanneer zich tijdens de crisiszorg een urgentie voordoet, wat de continuïteit en opvolging ten goede komt (Deboutte et al., 2010).

Verder kan het een meerwaarde betekenen dat SEPH georganiseerd wordt in samenwerking met de bestaande spoeddiensten van ziekenhuizen en/of huisartsenwachtposten. Dit omdat deze gekend zijn bij de bevolking en zij 24/7 beschikbaar zijn, wat ervoor zorgt dat men in geval van psychische noodsituaties de weg weet te vinden naar urgentiehulp. Evenwel is het belangrijk dat wanneer SEPH voor kinderen en jongeren wordt georganiseerd binnen een algemeen ziekenhuis zonder specifieke kinderpsychiatrische dienst, men voorziet in een samenwerking met andere ambulante en residentiële diensten gespecialiseerd in kinderpsychiatrische hulp (Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, 2011). Een geïntegreerde aanpak tussen de verschillende actoren GGZKJ, kinderpsychiatrische hulpverlening en spoedeisende hulpverlening is dus van groot belang voor de toegankelijkheid en kwaliteit van psychische urgentiehulp alsook voor het correct inspelen op psychisch urgente hulpvragen (Deboutte et al., 2010).

3.4 Spoedeisende psychiatrische hulpvragen: kenmerken van de zorgvrager(s)

3.4.1 Kwantitatieve gegevens over psychiatrische crisis- en urgentiehulpvragen

Kwantitatieve gegevens en onderzoek naar de prevalentie voor SEPH specifiek bij kinderen en jongeren, zijn zeer beperkt. Het meest recente cijfermateriaal over deze specifieke doelgroep bericht over het jaar 2007, waarin er 4198 kortdurende (<14 weken) ziekenhuisopnames voor minderjarigen in België waren omwille van psychiatrische redenen (Deboutte et al., 2010).

Uit algemene cijfers komt naar voren dat er jaarlijks rond de 7370 spoedopnames zijn ten gevolge van een suïcidepoging. In verhouding tot het totale aantal spoedopnames is dit 0,2%. Het aantal personen dat een beroep doet op de spoeddiensten bij sociale, psychologische of mentale problemen loopt op tot gemiddeld 55160, oftewel 1,6%. Deze cijfers gelden voor het jaar 2016, maar onderzoek wijst uit dat ze relatief stabiel blijven doorheen de tijd (Devos et al., 2019). Het aantal geregistreerde minderjarigen dat op algemene spoeddiensten terecht komt na een suïcidepoging bedroeg 97 (in absolute aantallen) in 2018. Let wel; het gaat hier over het aantal geregistreerde meldingen op spoeddiensten, wat mogelijks een onderschatting is (Vancayseele, Portzky & van Heeringen, 2018).

Op het gebied van crisishulp voor kinderen en jongeren zijn er gegevens terug te vinden over het aantal meldingen bij de crisismeldpunten en over de al dan niet ingezette hulpverlening. Belangrijk hierbij is dat deze gegevens berichten over de periode juli 2015 tot juni 2016. Gedurende deze periode stond de hervorming naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren nog in zijn kinderschoenen, wat ertoe leidt dat de cijfers waarover hier bericht wordt in de eerste plaats gaan over crisishulpvragen vanuit de integrale jeugdhulp. De crisishulpverlening geestelijke gezondheidszorg werd pas later geïntegreerd met het crisisnetwerk van de integrale jeugdhulp tot het centrale crisismeldpunt. Desalniettemin bieden deze cijfers wel zicht op het aantal onbeantwoorde hulpvragen bij (psychische) crisissen van kinderen en jongeren, vandaar de keuze om deze hier op te nemen (Rekenhof, 2018).

Uit de jaarverslagen van de integrale jeugdhulp blijkt dat er in 2016 8268 meldingen waren bij de crisismeldpunten. Bij 1221 meldingen kon geen crisishulp worden geboden omdat de benodigde hulp niet beschikbaar of volzet was. Binnen de jeugdhulp wordt gestreefd naar gelijke kansen op crisishulp voor elke minderjarige, maar in de praktijk blijkt dat kinderen en jongeren met onder meer psychologische en/of psychiatrische problemen het moeilijker hebben om ook effectief crisishulp te krijgen. Een belangrijke kanttekening hierbij is dat tijdens de onderzoeksperiode het aantal aangemelde minderjarigen met een dergelijke problematiek beperkt is. Dit komt doordat de integratie van de crisishulp geestelijke gezondheidszorg binnen de meldpunten tijdens deze periode nog niet gerealiseerd was (Rekenhof, 2018). De gegevens hierboven gaan voornamelijk over jeugdhulpgerelateerde crisisvragen, maar geven een belangrijk pijnpunt weer in verband met de toegankelijkheid en beschikbaarheid van crisishulp. Ondanks het onderbrengen van verschillende soorten crisishulp binnen een meldpunt, blijft dit meldpunt evenwel nog steeds afhankelijk van de bestaande initiatieven binnen een regio. Met andere woorden; het crisismeldpunt overkoepelt en coördineert, maar biedt verder geen garantie dat er bij de verschillende actoren plaats, tijd en ruimte vrij is om op crisishulpvragen te kunnen ingaan. Die overkoepeling en coördinatie biedt voordelen op het gebied van doorverwijzing, registratie en

continuïteit, maar levert geen capaciteitsuitbreiding op. De bestaande wachtlijsten blijven immers onveranderd. Dit pijnpunt blijft ook na de integratie van de ggz binnen de crisismeldpunten aanwezig (Decruynaere, 2018).

3.4.2 Eigenschappen zorgvragers en verschillende hulpvragen

Uit een rapport van het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg dat dateert van 2010, blijkt dat de meerderheid van de kinderen die beroep doen op spoedeisende hulp voor psychiatrische urgenties tussen 6 en 18 jaar oud zijn, waarbij de piek ligt in de leeftijdscategorie van 12 tot 15 jaar. Suïcideneigingen, suïcidepogingen en agressieproblemen zijn de voornaamste redenen waarvoor kinderen en jongeren of hun context beroep doen op SEPH. Bij meisjes is er een overwicht aan emotionele problemen en zelfverwondend gedrag, terwijl bij jongens agressie- en gedragsproblemen vaker voorkomen. Andere problemen en hulpvragen zijn onder meer een acuut psychotisch toestandsbeeld en auto-intoxicatie door drugs- of alcoholmisbruik. Verder zijn stemmingsstoornissen, waaronder depressie en gedragsproblemen, de diagnoses die artsen het vaakst vaststellen bij de populatie kinderen en jongeren die door psychische problemen op spoeddiensten terechtkomen (Deboutte et al., 2010).

Deze hulpvragen komen niet enkel van kinderen en jongeren zelf. Ook voor ouders en betrokken hulpverleners zijn dit crisismomenten waarop zij proberen om de best mogelijke hulp voor een kind in te schakelen. Het is erg belangrijk om bij het zoeken naar en aangaan van crisis- en urgentiehulp voor een minderjarige niet alleen het kind te begeleiden, maar ook de ouders en de context de nodige ondersteuning te bieden. Een jongere kan niet los worden gezien van zijn context en een psychische urgentie heeft invloed op alle gezinsleden en betrokkenen. Gezinsgericht te werk gaan is een belangrijke factor, aangezien ouders en betrokkenen evenzeer hulpnoden hebben, zoals blijkt uit volgende getuigenissen.

“We kregen al een keer uitstel, nadat ik in al mijn radeloosheid leugenachtige verklaringen had afgelegd bij de politie. Ik liet een proces-verbaal opstellen waarin ik aankondigde dat ik met mijn dochter uit het leven zou stappen. Niet om dat echt te doen, wel in de hoop op een snellere oplossing.”

– Getuigenis vader van een jongere, (“Noodkreet van vader: ‘Vang mijn dochter alstublieft op of ze pleegt zelfmoord’.”, 8 oktober 2019).

“Wie kinderen ziet opgroeien, vraagt zich wel eens af wat het leven voor hen zal brengen. Dat mijn kind op volwassen leeftijd in de psychiatrie zou belanden, had ik nooit gedacht. Ik vraag me af of er iets had kunnen gedaan worden om die opname te voorkomen. Op vraag van mijn zoon wordt er geen informatie met mij gedeeld. Wettelijk kan dat blijkbaar, maar als ouder voel ik me hierdoor afgewezen, opzij gezet, met zonden beladen. Ik mag niet op gesprek komen bij de psychiater, maar het blijft wel mijn kind.

– Getuigenis vader (“Wat als familie wordt geconfronteerd met dwang?”, z.d., z.p.)

3.5 Interventies bij spoedeisende psychiatrische hulpvragen

3.5.1 Subsidiariteitsprincipe

Het subsidiariteitsprincipe is één van de belangrijkste uitgangspunten in de (geestelijke) gezondheidszorg. Kort gezegd betekent dit dat de minst ingrijpende maatregel eerst moet worden toegepast. Vertaald naar crisis- en urgentiehulpverlening betekent dit concreet dat ambulante en mobiele hulpverlening de voorkeur geniet, op voorwaarde dat deze hulpverleningsvorm tegemoet komt aan de hulpvragen en noden van de kinderen en hun gezin (Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, 2011). Uit de geraadpleegde rapporten en praktijkvoorbeelden die in deze analyse vermeld worden, blijkt dat het subsidiariteitsprincipe in de praktijk niet altijd wordt toegepast en dat er in Vlaanderen geen initiatieven zijn die urgentiehulp ambulant of mobiel organiseren. Verder blijkt ook dat de bestaande ambulante en mobiele hulpverlening niet kan inspelen op acute psychische hulpvragen, waardoor meer ingrijpende hulp bij gebrek aan een alternatief zich opdringt.

“Ze liep dit jaar al vier keer weg, een keer tot in Nederland, ze kraste al meermaals met een scheermesje in haar onderarm en probeerde brand te stichten in haar kamer door papier rond een nachtlamp te houden. Ze zegt soms dat ze dood wil en krijgt aanvallen dat ze begint te kriesen. Nadien komt ze al huilend bij ons en zegt dat ze van ons houdt. Maar het is allemaal niet erg genoeg om haar versneld te laten opnemen voor psychiatrische begeleiding. Cru om te zeggen, maar de zelfmoordpogingen en brandstichtingen moeten drastischer zijn om kans te maken op een snellere begeleiding. Een gedwongen opname via de jeugdrechter is onmogelijk, omdat ze zich vrijwillig wil laten begeleiden en geen criminele feiten pleegt. Nu ze voor de vierde keer is weggelopen, zien de politie en het gerecht haar verdwijningen niet meer als ‘onrustwekkend’.”
- Getuigenis ouders (Vierendeels, 24 maart 2019)

3.5.2 Ambulante en mobiele hulpverlening

Wat betreft crisishulpverlening voor kinderen en jongeren, heeft elk zorgnetwerk een ambulante en/of mobiele dienstverlening die kan worden opgestart in geval van crisis. Zoals hoger reeds vermeld, gaat het in dit geval om crisishulpverlening en kan dit aanbod niet voldoende tegemoet komen aan urgente psychiatrische hulpvragen. Vooralsnog bestaat er in Vlaanderen geen aanbod dat onmiddellijke hulpverlening kan bieden in geval van psychische nood. De crisismeldpunten binnen de zorgnetwerken voor minderjarigen zijn dan wel 24/7 bereikbaar, maar bieden niet 24/7 hulp aan. De mobiele crisisteams die worden ingezet bij crisissituaties, zijn slechts beschikbaar op wekdagen overdag. Dit maakt dat acute hulpvragen die zich 's avonds of in het weekend voordoen, door hen niet beantwoord kunnen worden. Acute hulpvragen waarbij onmiddellijk interventie nodig is, worden momenteel doorverwezen naar spoeddiensten van ziekenhuizen (PANGG 0-18, 2015).

Ondanks dat de nadruk bij de hervormingen naar een nieuwe geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren ligt op outreachende hulpverlening waarbij werken binnen de context van het kind prioriteit heeft, is het beleid er vooralsnog niet in geslaagd om dergelijke urgentiehulp te organiseren en aan te bieden binnen de zorgnetwerken. Urgentiehulpverlening, zoals die nu georganiseerd is, houdt te weinig rekening met het subsidiariteitsprincipe en met de principes van

outreachinge en contextgerichte hulpverlening (Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, 2015a; Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, 2015b; PANGG 0-18, 2015).

3.5.3 Interventies op spoeddiensten

Gegevens over interventies op spoeddiensten bij acute psychologische en/of psychiatrische hulpvragen, zijn zeer beperkt. Wel zijn er studies die onderzoek doen naar interventies die op spoeddiensten genomen worden naar aanleiding van suïcidepogingen. Zoals hoger reeds beschreven, zijn een groot deel van de psychiatrische urgentiehulpvragen gelinkt aan suïcide-ideaties of suïcidepogingen. Een belangrijke tool die op spoeddiensten gebruikt wordt om een suïcidepoging te evalueren en om te helpen bij een goede (psychologische) opvang van suïcidepogers, is het Instrument Psychosociale Evaluatie en Opvang van suïcidepogers in een ziekenhuis (IPEO) en de variant voor minderjarigen (KIPEO). Dit assessmentinstrument brengt de omstandigheden, risicofactoren en zorgnoden van de cliënt in kaart (Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie, z.d.).

De IPEO bestaat uit twee delen, waarbij het eerste deel door (getraind) spoedpersoneel zonder professionele achtergrond in psychosociale wetenschappen kan worden gebruikt. Hierin wordt er onder meer gepeild naar de methode, eventueel lichamelijk letsel, de emoties en het gedrag van de cliënt, suïcidegedachten en -intenties, psychiatrische voorgeschiedenis en medicatiegebruik, het aanwezige netwerk en de gewenste verdere behandeling. Het eerste deel van de IPEO wordt zo snel mogelijk uitgevoerd. Het tweede deel gaat hierop verder en brengt de motieven, problemen, suïcidale intentie, suïcidale gedachten en plannen, zorgnoden en diagnostische informatie in kaart en wordt bij voorkeur afgenomen door hulpverleners die wel een psychologische of psychiatrische achtergrond hebben. De KIPEO, het instrument dat bij kinderen en jongeren gebruikt wordt, is gelijkaardig aan de versie voor volwassenen. Bij de KIPEO is er ook nog een derde deel, dat zich specifiek richt op de ouders van het kind en waarbij dezelfde onderwerpen als hierboven bevroegd worden (Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie, z.d.).

De gegevens die voortkomen vanuit de (K)IPEO en die onderzocht worden door de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek van de Universiteit Gent, gaan over cliënten die na een suïcidepoging medische begeleiding nodig hadden en/of werden aangemeld bij een spoeddienst of huisarts. Dit maakt dat gegevens over suïcidepogers die geen beroep deden op (medische) hulpverlening, hier niet worden geregistreerd. Daarnaast maken niet alle ziekenhuizen gebruik van dit instrument, waardoor de gegevens waarnaar hier wordt verwezen enkel betrekking hebben op de via de (K)IPEO geregistreerde suïcidepogingen (Vancayseele et al., 2018).

De genomen interventies naar aanleiding van een suïcidepoging zijn in de eerste plaats medisch, namelijk het stabiliseren en/of herstellen van de lichamelijke toestand. Daarna vindt er in sommige gevallen een gesprek plaats met een hulpverlener of psychiater (van wacht) en/of wordt de hogervermelde (K)IPEO-vragenlijst afgenomen (Vancayseele et al., 2018). Praktijkvoorbeelden en onderzoeksgegevens geven weer dat psychiaters van wacht niet steeds worden ingezet voor een face-to-face gesprek met kinderen of jongeren in crisis die op een spoeddienst terecht komen. Zo blijkt uit cijfergegevens over de dienst kinder- en jongerenpsychiatrie van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen dat er 600 tot 700 jongeren met urgente psychiatrische hulpvragen op hun spoeddienst terecht komen en dat in slechts de helft van deze gevallen een

gesprek met een kinderpsychiater (van wacht) plaatsvindt (PANGG 0-18, 2015). Dit maakt duidelijk dat psychiaters van wacht vooral fungeren als adviserend arts aan de betrokken spoedartsen en in mindere mate rechtsreeks in gesprek gaan met de jongere en zijn of haar context. Getuigenissen van ouders en jongeren geven verder weer dat spoeddiensten, spoedartsen en spoedverpleegkundigen niet altijd kunnen beantwoorden aan de hulpvragen en zorgnoden van een gezin, omdat zij niet over voldoende middelen, capaciteit, psychologische achtergrond en/of getraind personeel beschikken. Dit maakt dat kinderen en ouders zich vaak niet geholpen voelen en zorgt er in sommige gevallen zelfs voor dat de interventies die wel of niet genomen worden op de spoeddiensten als negatief worden ervaren.

Wanneer we kijken naar het vervolgtraject, blijkt dat bij slechts 37% van de cliënten waarbij een IPEO werd afgenomen, het verdere zorgtraject geregistreerd werd. Bij 6,2% van deze groep werd er aangeduid dat er geen verder zorgtraject voorzien werd. Kanttekening hierbij is dat het aantal cliënten met een acute psychiatrische hulpvraag die de spoeddiensten verlaten zonder verdere hulp, mogelijks nog erg onderschat wordt. Dit aangezien het in dit onderzoek enkel gaat over hulpverlening na een suïcidepoging en omdat er niet steeds een (K)IPEO wordt afgenomen. Verder blijkt dat bij de cliënten waarbij wel een IPEO werd afgenomen, er bij ruim 60% van hen niet geregistreerd werd of zij na hun bezoek aan de spoeddienst verdere hulp kregen. Ook kinderen en jongeren die na een suïcidepoging op spoeddiensten terechtkomen, krijgen vaak geen verdere hulp. De gegevens uit de KIPEO vermelden dat er bij 5,2% geen verdere begeleiding werd aangeraden (Vancayseele et al., 2018). Bij 86,2% werd er wel verdere begeleiding aangeraden, maar uit de praktijk blijkt dat vier op de tien minderjarigen na een suïcidepoging weer naar huis gaan zonder dat er concrete verdere hulp aanwezig is of wordt opgestart (Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, 2019).

Opvallend is dat er bij volwassen suïcidepogers in meer dan 70% van de gevallen een residentieel traject wordt aanbevolen (Vancayseele et al., 2018). Nochtans zou, zoals eerder vermeld, de minst ingrijpende hulp eerst moeten worden ingezet en geniet ambulante en/of mobiele zorg bijgevolg de voorkeur. De aanbeveling naar residentiele hulp kan verklaard worden door de oververzadiging in de ambulante hulpverlening en door de weinige (bekende) initiatieven die intensieve mobiele of ambulante crisishulp aanbieden. Bij kinderen wordt er na een suïcidepoging in ongeveer 50% van de gevallen residentieële hulp aangeraden (Vancayseele et al., 2018). Ook hier wordt mogelijk te weinig rekening gehouden met de principes van subsidiariteit, outreachende en contextgerichte hulpverlening.

Personen die reeds een suïcidepoging gedaan hebben, hebben meer kans om in de toekomst weer een poging te doen. Onderzoek toont aan dat wanneer suïcidepogers na een eerste poging begeleiding krijgen, de kans op een volgende poging afneemt (Vancayseele et al., 2018). Helaas blijkt uit de praktijk dat een aanzienlijk deel van de cliënten na hun poging het ziekenhuis verlaat zonder beroep te (kunnen) doen op verdere hulpverlening.

Naast de algemene spoeddiensten bestaat er in elke provincie een spoeddienst die zich specifiek richt op psychiatrische urgenties. Dit zijn de zogenaamde Eenheden voor Psychiatrische Spoed Interventies, of kortweg EPSI's. Deze diensten werken nauw samen met spoeddiensten van (universitaire) ziekenhuizen en zijn binnen deze ziekenhuizen ondergebracht. Deze eenheden richten zich in de eerste plaats op volwassenen in crisis en bieden zeer kortdurende opvang en

intensieve ondersteuning aan. De EPSI's werken daarnaast nauw samen met de spoeddiensten en zetten daar hun expertise in bij urgente psychiatrische hulpvragen (UPC KU Leuven, z.d.-a; ZNA Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg, z.d.). De EPSI's kunnen er op die manier voor zorgen dat psychische hulpvragen op spoeddiensten beter worden behandeld door de aanwezigheid van hulpverleners die getraind zijn in deze materie en die over een sociaalpsychologische achtergrond en/of opleiding beschikken. Voor kinderen en jongeren zijn er in enkele universitaire ziekenhuizen specifieke afdelingen die zich richten op minderjarigen in een crisissituatie en waar 24/7 een crisisopname mogelijk moet zijn (UPC KU Leuven, z.d.-b; ZNA Universitaire Kinder- en Jeugdpsychiatrie Antwerpen, z.d.). Gegevens over de bezetting en beschikbaarheid van deze crisisbedden ontbreken.

3.5.4 Crisisbedden, wachttijden en capaciteitsproblemen

Wanneer er bij acute psychiatrische hulpvragen geopteerd wordt om een kind of jongere op te nemen, worden zowel de minderjarigen zelf, alsook hun ouders en betrokken hulpverleners geconfronteerd met capaciteitsproblemen. Contradictorisch als het is, zijn er zelfs voor crisis hulp soms oplopende wachttijden. In een eerder hoofdstuk werd de problematiek van algemene wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg uitvoerig toegelicht. Wat betreft wachttijden bij crisis hulpvragen, toont onderzoek van de Staten Generaal van de Geestelijke Gezondheid en de Universiteit Antwerpen aan dat slechts 3 op 10 kinderen in geval van crisis binnen de week geholpen wordt, tegenover 6 op 10 volwassenen (Van den Broeck et al., 2020). Verder blijkt dat ruim 40% van de hulpvragen van minderjarigen bij een mobiel crisisteam, niet worden ingelost. Voor een crisisopname loopt dit cijfer op tot 50% (De Grave et al., 2021). Dit zorgt ervoor dat dringende hulpvragen vaak niet (correct) beantwoord kunnen worden en heeft tot gevolg dat veel kinderen en hun gezin geen hulp krijgen, zelfs niet in urgente situaties (Van den Broeck et al., 2020).

Veel ziekenhuizen, zeker de universitaire ziekenhuizen waar EPSI's aanwezig zijn, houden een bepaald aantal bedden beschikbaar voor crisissituaties (PANGG 0-18, 2015; YUNECO, 2015). Binnen elk netwerk wordt er in het kader van het programma crisiszorg voorzien in het vrijhouden van een minimumcapaciteit van 10% van het aantal kinderpsychiatrische bedden voor minderjarigen in crisis (Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2017). Maar wanneer deze bedden volzet zijn, is het wachten tot er een plaats vrijkomt. Daarbij komt dat (psychiatrische) ziekenhuizen voor een stuk gefinancierd worden op basis van de bezettingsgraad. Dit heeft als gevolg dat bedden zo veel mogelijk bezet worden gehouden, wat er op zijn beurt dan weer voor zorgt dat deze bedden in geval van nood niet beschikbaar zijn (Cochez, 2015).

"We staan met onze rug tegen de muur. Onze dochter wil niet meer leven. Ze kan geen twee tot drie maanden wachten. Dan is ze er niet meer."

– Getuigenis ouder (Beckers, 15 maart 2013)

Vlaams minister van Welzijn, Gezin, Volksgezondheid en Armoedebestrijding Wouter Beke omschreef eerder al dat wachttijden in het algemeen niet enkel voortkomen uit de instroom in voorzieningen voor GGZ, maar voor een stuk het gevolg zijn van een slecht doorstroom- en uitstroombeleid (Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, 2019). Zoals eerder aangehaald, hoort België echter bij de koplopers wat betreft het aantal

ziekenhuisbedden per aantal inwoners (Van de Cloot & Van Herck, 2013). De vraag hierbij is dan vooral of het probleem zich stelt in de vorm van een effectief tekort aan crisisbedden voor psychiatrische problemen bij minderjarigen, dan wel als een vermeend tekort omwille van een onaangepast beleid inzake organisatie en financiering van de geestelijke gezondheidszorg .

Uit onderzoek en uit praktijkvoorbeelden blijkt bijvoorbeeld dat in het geval van eerste- en tweedelijnszorg er wel degelijk een tekort is aan middelen en plaats (Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, 2019). Dit tekort wordt nog verergerd omdat de focus verschuift van residentieel naar ambulante en er gepleit wordt om cliënten niet langer dan nodig op te nemen. Hierdoor doen meer mensen beroep op eerste- en tweedelijnsdiensten en overstijgt de vraag nog meer dan voorheen het aanbod (Catthoor, 2019). Aangezien een groot deel van het budget voor GGZ naar derde- en vierdelijns hulp gaat, waartoe residentiële psychiatrische afdelingen en ziekenhuizen behoren, is het wenselijk om na te gaan of er effectief meer (crisis)bedden nodig zijn en of een capaciteitsuitbreiding voor residentiële hulp wel tegemoetkomt aan de hulpvragen en noden van kinderen, ouders en andere betrokkenen. Het frequent evalueren en (her)verdelen van de budgetten is belangrijk om het hulpverleningsaanbod zo goed als mogelijk af te stemmen op de noden van cliënten en hun context. Een herverdeling van de middelen ten voordele van eerste- en tweedelijnsdiensten kan ervoor zorgen dat deze hulp toegankelijker wordt en dat zij op die manier beter kunnen bijdragen aan de vroegtijdige detectie van en interventie bij psychische problemen, alsook bij de ambulante behandeling en ondersteuning van psychische crisissen bij kinderen en jongeren (Van de Cloot & Van Herck, 2013).

Of er een effectief tekort, dan wel een vermeend tekort heerst aan crisisbedden in de GGZ, daarover zijn de meningen verdeeld. In een artikel dat dateert van 2015, reageert toenmalig federaal minister van Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie Maggie De Block dat er wel degelijk voldoende opnamecapaciteit is voor minderjarigen. Ook Paul De Bock, toenmalig diensthoofd psychosociale gezondheidszorg bij de FOD Volksgezondheid deelde die mening. Hij benadrukte dat het creëren van meer capaciteit in de residentiële GGZ voor kinderen en jongeren geen meerwaarde betekent voor de sector, wel integendeel. Net zoals bij de hervormingen van de GGZ voor volwassenen, is het bij de hervormingen van het beleid GGZKJ ook de bedoeling om bedden af te bouwen ten voordele van outreachende hulpverlening. In de hulpverlening voor volwassenen boekten deze initiatieven alvast succes. Daar zien we dat het aantal opnames en de duur ervan sterk is gedaald. De hervormingen in de GGZKJ zijn nog volop aan de gang, maar ook hier wordt er zoveel mogelijk ingezet op het creëren van meer mobiele (crisis)hulpverlening. Desalniettemin blijven hulpverleners het belang van crisisbedden benadrukken. Zij worden regelmatig geconfronteerd met kinderen of jongeren die een opname nodig hebben en waarvoor geen bed beschikbaar is. (Cochez, 2015). Feit blijft dat er, ondanks de lopende hervormingen, voor kinderen en jongeren in psychische nood nog steeds niet altijd (residentiële) hulp beschikbaar is. Inzetten op ambulante en outreachende ondersteuning is een belangrijke factor in het nieuwe beleid, al mogen we niet vergeten dat er nog steeds jongeren zijn die wel een residentiële (crisis)opname nodig hebben. Het blijft van belang dat er, ondanks de verschuivingen in de hulpverlening, voldoende crisisbedden beschikbaar zijn voor zij die het nodig hebben.

“Ik ging met haar naar de kinderpsychiater en die stelde een intake in een psychiatrisch ziekenhuis voor. De boodschap daar? ‘Mevrouw, helaas zijn er nog zeven wachtenden voor u.’ Maar ze glipte

door mijn handen. Toen stuurde ik een e-mail naar iedereen die haar al had begeleid waarin ik hen mee verantwoordelijk stelde als het misliep. Diezelfde avond kon ze dan toch in het psychiatrisch ziekenhuis terecht."

– Getuigenis moeder van een jongere ("Ik blijf vechten. Zelfs tegen de bierkaai.", z.d., z.p.)

Jongeren die een (crisis)opname nodig hebben, komen uit plaatsgebrek bij kinderpsychiatrische diensten, soms terecht op afdelingen voor volwassenen. Cijfers van 2014 bevestigen dat er dat jaar 820 jongeren werden opgenomen op psychiatrische afdelingen voor volwassenen. Het gaat dan voornamelijk over jongeren tussen 15 en 17 jaar oud. Slechts een klein deel van hen is jonger dan 15 jaar (Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2017). Nochtans is het bij wet verboden om jongeren onder de 15 jaar oud op te nemen op afdelingen voor volwassenen (Pleysier, Put & Roevens, 2019). Deze afdelingen en hun therapieaanbod zijn niet aangepast aan de noden van (jonge) kinderen en komen niet (voldoende) tegemoet aan hun hulpvragen. Jongeren worden dan bij gebrek aan een alternatief op hun kamer gehouden, terwijl zij tijdens een crisis net nood hebben aan maximale emotionele ondersteuning (Beel, 28 september 2017). In extreme gevallen worden jongeren bij gebrek aan een alternatief zonder hulp naar huis gestuurd of moeten zij soms zelfs in een politiecel overnachten, hetgeen allerm minst helpend is (Pleysier et al., 2019).

"In twee dagen tijd kregen we een jongen van 13, een meisje van 14 en een jongen van 16 binnen via een spoedprocedure van de rechtbank. De oudste jongen kon na vijf dagen terug naar huis, onder begeleiding van het CLB, het centrum voor geestelijke gezondheidszorg, en een kinderpsychiater die hem kende van vroeger. Maar voor de andere twee was dat geen optie. Zij verbleven in een voorziening en een internaat, vanwege een problematische opvoedingssituatie. We hebben er een maand over gedaan om voor hen een geschikte plaats te vinden."

De jongeren werden ondergebracht op de gesloten volwassenenafdeling van een psychiatrisch centrum. *"Die volwassenen verblijven daar omdat ze een acute psychose hebben, een verslavingsproblematiek of een opstoot van manisch-depressiviteit. Niet echt een geschikte omgeving voor die kwetsbare minderjarigen. Bij gebrek aan aangepast programma voor kinderen en jongeren hebben wij hen vooral op hun kamer moeten houden. Dit kan men toch geen bescherming noemen? U en ik zouden dat niet aanvaarden als het over ons eigen kind ging"*
– Marc Vandergraesen, directeur psychiatrisch centrum (Beel, 28 september 2017)

"Het is niet de meest adequate oplossing, daar is iedereen het over eens. Maar bij een noodsituatie, een crisis, waar de minderjarige gevaar loopt door psychische, emotionele en/of gedragsproblemen, is het belangrijk om hem of haar de kans te geven om beveiligd te worden."
– Eric Schoentjes, afdelingshoofd kinder- en jeugdpsychiatrie van UZ Gent (Heylen, 21 september 2017)

3.5.5 Gedwongen opname: van een ingrijpende maatregel naar wachtlijstontduiking

Cijfers die dateren van 2008, berichten over 104 gedwongen opnames in Vlaanderen. Erkende ziekenhuizen hebben in het geval van gedwongen opname de plicht om het kind of jongere op te nemen. Deze procedure is ingrijpend en dient in de eerste plaats om veiligheid te garanderen voor het kind of zijn/haar context wanneer er sprake is van een acuut psychiatrisch probleem en waarbij het kind een gevaar vormt voor zichzelf of diens context en bij afwezigheid van de optie

tot vrijwillige hulpverlening . Uit de hogervermelde cijfers blijkt dat van de 104 kinderen die gedwongen werden opgenomen in 2008, er in totaal 32 minderjarigen werden opgenomen op psychiatrische afdelingen voor volwassenen. Hierbij gaat het om 29 jongeren tussen 15 en 17 jaar. 3 onder hen waren jonger dan 14 jaar (Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, 2011).

Doordat in geval van gedwongen opname ziekenhuizen de plicht hebben het kind of de jongere op te nemen, wordt deze procedure hoe langer hoe vaker onterecht toegepast. Dit gebeurt dan bijvoorbeeld om wachtlijsten te ontduiken of om sneller een psychiatrische opname te kunnen opstarten. Voor veel jongeren of hun ouders wordt een gedwongen opname geforceerd als een laatste redmiddel, omdat andere hulp niet voorhanden is of te lang op zich laat wachten (Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, 2011; Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2019).

"Vanuit het ziekenhuis werd rondgebeld in de hoop een bed te vinden in de kinderpsychiatrie. Maar het was een vruchteloze zoektocht. Het parket heeft daarom de collocatie gevorderd. Een schrijnende situatie, maar een noodlospassing."

– Eva Branteghem, Parket Oudenaarde (Heylen, 21 september 2017)

Een gedwongen opname is niet zonder risico. De maatregelen die hierbij genomen worden zijn vaak erg ingrijpend, zowel voor het kind zelf alsook voor diens context. Het gaat dan bijvoorbeeld over vrijheidsbeperkende maatregelen, waaronder isolatie en soms zelfs fixatie. Verder blijkt dat patiëntenrechten niet altijd gerespecteerd worden tijdens een gedwongen opname (Cools, 2017). De traumatische impact van dwang en vrijheidsbeperkende maatregelen, werd reeds in een vorig hoofdstuk uitvoerig besproken.

Net zoals bij algemene crisis- en urgentiehulpvragen, is het ook in het geval van een gedwongen opname vaak problematisch om een geschikte plek te vinden voor minderjarigen. Zoals hoger aangehaald, komen veel minderjarigen terecht op afdelingen voor volwassenenpsychiatrie waar zij niet naar behoren geholpen kunnen worden. In het geval van een gedwongen opname, geldt dat deze enkel kan plaatsvinden in een ziekenhuis waar ook volwassenen gedwongen kunnen worden opgenomen. Aangezien niet al deze ziekenhuizen over een afdeling voor kinderen en jongeren beschikken, zijn de plaatsen voor gedwongen opnames bij minderjarigen zeer beperkt (Pleysier et al., 2019).

3.6 Besluit

Dit hoofdstuk toont de beperkingen van de huidige psychiatrische crisis- en urgentiehulpverlening aan. Zo is hulp vaak niet 24/7 beschikbaar, zijn algemene spoeddiensten en -artsen niet opgeleid om adequate psychische hulp te bieden aan kinderen en jongeren en is er maar weinig aandacht voor het betrekken van ouders en naasten. Mobiele crisishulp verder uitbreiden is noodzakelijk, net zoals een grondige reorganisatie en herverdeling van middelen, om opnamemogelijkheden te verbeteren en om sneller gepaste hulp te kunnen bieden, die tegemoet komt aan de noden van kinderen en ouders, zeker op momenten van crisis.

4 Communicatie- en therapiegerichte invalshoek: kwaliteit van hulpverlening: herstel, gelijkwaardigheid, participatie en empowerment in de geestelijke gezondheidszorg

4.1 Inleiding

Hulpverlening heeft als doel de cliënt zo goed als mogelijk te helpen en begeleiden om met problemen om te kunnen gaan. Om dit mogelijk te maken, is het van belang dat de hulpverlening vertrekt vanuit enkele grondhoudingen en dat de autonomie van de cliënt zo goed als mogelijk bewaakt wordt. Kwalitatieve hulpverlening moet gelijkwaardig, menswaardig, contextgericht en empowerend zijn.

Wanneer kinderen, jongeren of hun ouders hulp inschakelen, komt de hulpverlening vaak niet tegemoet aan hun noden en focust zij onvoldoende op de krachten van het gezin en op empowerment. In contact met hulpverleners hebben deze gezinnen vaak het gevoel niet mee te kunnen beslissen over hun eigen herstelproces, voelen zij zich niet als gelijke benaderd of wordt in extreme gevallen de hulpverlening als traumatisch ervaren.

In dit hoofdstuk bespreek ik eerst wat de voorwaarden zijn voor kwalitatieve hulpverlening, een constructieve therapeutische relatie en voor empowerment. Hierbij beschrijf ik de noden en verlangens van kinderen, ouders en hulpverleners. Vervolgens bespreek ik hoe hulpverlening al dan niet bijdraagt tot empowerment en op welke manier cliënten gediseerd en getraumatiseerd raken door hulpverlening en beleid. Verder bespreek ik het belang van familiebetrokkenheid en manieren waarop dit verder geïmplementeerd kan worden. Het betrekken van familieleden en naasten, heeft immers een belangrijke rol in het herstelproces en draagt bij aan de kwaliteit van hulpverlening.

In deel 3 van deze bachelorproef richt ik me op mogelijke veranderingsstrategieën. Dit deel bevat aanbevelingen naar de brede sector toe om meer empowerend, herstelgericht en gezinsgericht te werk te gaan, zowel preventief als curatief. Een groot deel van deze aanbevelingen hebben betrekking op mogelijke alternatieven voor vrijheidsbeperkende maatregelen, om traumatisering en disempowerment tegen te gaan en om gelijkwaardigheid te bevorderen.

4.2 Voorwaarden en grondhoudingen voor herstelbevorderende geestelijke gezondheidszorg

4.2.1 Grondhoudingen van een hulpverlener volgens Carl Rogers

In de geestelijke gezondheidszorg is de kwaliteit van de relatie tussen hulpverlener en cliënt van groot belang voor het herstelproces. Carl Rogers formuleerde *echtheid, onvoorwaardelijke positieve acceptatie en empathie* als drie belangrijke grondhoudingen waaraan een hulpverlener moet voldoen. Deze basishoudingen zijn geen technieken, maar wel manieren waarop men als hulpverlener in relatie kan treden met de cliënt. Het zijn 'manieren van zijn', die continue aandacht van de hulpverlener moeten krijgen (Colijn, Snijders & Trijsbrugt, 2009; Odisee, 2019).

De belangrijkste van de drie basishoudingen is echtheid. Men kan pas onvoorwaardelijke positieve acceptatie en empathie tonen, wanneer er bij de hulpverlener sprake is van echtheid.

Echtheid betekent dat de hulpverlener zichzelf is in relatie tot de cliënt en dat hij of zij zich voldoende bewust is van zijn eigen gevoelens, gedachten en denkpatronen. De hulpverlener ervaart wat er zich binnenin afspeelt, maar kan er tegelijk voldoende afstand van nemen (Lietaer, Vanaerschot, Snijders & Takens, 2008; Odisee, 2019).

Binnen het begrip echtheid, wordt onderscheid gemaakt tussen congruentie en transparantie. Congruentie betekent dat je als hulpverlener jezelf bent en je jezelf bewust bent van wie je bent en wat je voelt. Het betekent dat hulpverleners kennis en voeling hebben met de eigen kwetsbaarheden en sterke kanten en dit kunnen plaatsen, zonder dat men in relatie tot de cliënt wordt afgeleid of overspoeld door eigen problemen. Naast congruentie, maakt ook transparantie deel uit van de grondhouding echtheid. Transparantie betekent dat je er als hulpverlener voor kiest om de eigen gevoelens en emoties weer te geven aan de cliënt bij iets dat hij of zij vertelt, om op die manier herkenning teweeg te brengen bij de cliënt en om taboedoorbrekend te werken. Desondanks is transparant zijn als hulpverlener een valkuil, omdat het risico bestaat dat de ervaringen en emoties van de hulpverlener in het gesprek op de voorgrond komen te staan, terwijl het net belangrijk is dat de cliënt centraal staat (Lietaer et al., 2008; Odisee, 2019).

Een tweede basishouding die belangrijk is om cliënten het gevoel te geven dat ze gehoord worden, is onvoorwaardelijke positieve aanvaarding. Hier gaat het om een niet-oordelende houding van de hulpverlener, waarin de cliënt aanvaard wordt en het gevoel krijgt zichzelf te mogen zijn. Pas wanneer de zorgvrager het gevoel heeft niet te worden afgewezen door de hulpverlener, kan hij of zij stilstaan bij moeilijke, pijnlijke gedachten en gevoelens. Deze acceptatie zorgt voor een gevoel van veiligheid in de hulpverleningsrelatie, waardoor de cliënt zijn of haar gevoelens en gedachten kan uiten. Onvoorwaardelijke acceptatie betekent evenwel niet dat hulpverleners zonder meer elk gedrag van de cliënt moeten goedkeuren. Het gaat hier niet over een 'morele' of feitelijke aanvaarding, maar om aanvaarding op gevoelsniveau. Als hulpverlener zoek je naar wat de cliënt drijft en probeer je deze innerlijke stroom van gevoelens en gedachten van de cliënt te begrijpen (Lietaer et al., 2008; Odisee, 2019).

Positieve gezindheid is een concept dat verbonden is met onvoorwaardelijke positieve waardering en omvat inzet, bevestiging en niet-possessieve warmte. Hulp verlenen vraagt om inzet van de hulpverlener; die moet tijd en ruimte vrijmaken voor de zorgvrager. Daarnaast is ook bevestiging van belang in de hulpverleningsrelatie, waarbij de hulpverlener gelooft in de capaciteiten en mogelijkheden van de cliënt. Tot slot is ook warmte van belang voor een goede relatie tussen hulpverlener en cliënt. Hierbij gaat het erom dat je als zorgverlener geeft om de cliënt, dat er zich een band vormt tussen cliënt en hulpverlener (Lietaer et al., 2008; Odisee, 2019).

“Als je iets wilt vertellen tegen iemand, moet je het gevoel hebben dat die persoon je graag heeft, je moet je bij hem op je gemak voelen”

“Ze moeten de mens zien in plaats van de problemen, ze moeten ook oog hebben voor wat goed gaat”

“Het moet klikken, je moet voelen dat ze je écht willen helpen, niet omdat ze hun werk moeten doen”

– Getuigenissen jongeren (De Meersman, z.d., z.p.).

De derde grondhouding die mee de basis vormt voor een goede hulpverleningsrelatie, is empathie. Empathie betekent dat men zich als hulpverlener kan inleven in hoe de cliënt denkt en voelt, zonder zichzelf daarin te verliezen. In de eerste plaats gaat het om aandachtig luisteren naar wat de cliënt vertelt en ervaart, om vervolgens deze, soms onderliggende, emoties en gevoelens te benoemen, te erkennen en te weerspiegelen naar de cliënt. Empathie zorgt ervoor dat de cliënt zich gehoord en begrepen voelt, dat hij of zij gestimuleerd wordt en zichzelf geleidelijk aan meer aanvaardt. Daarnaast zorgt empathie mee voor een gevoel van (zelf)vertrouwen en veiligheid bij de cliënt. Tot slot is empathisch luisteren en parafaseren belangrijk om tijdig te toetsen of je als hulpverlener mee bent in wat de zorgvrager vertelt (Lietaer et al., 2008; Odisee, 2019).

4.2.2 Empowerment en herstel- en krachtgericht werken

De herstel- en krachtgerichte visie wint de laatste jaren aan terrein, zo ook in de geestelijke gezondheidszorg. Herstel is een persoonlijk proces, waarbij een cliënt, ondanks zijn of haar aandoening, opnieuw een zinvol en betekenisvol leven uitbouwt. Herstelgericht werken betekent dat men als hulpverlener de cliënt zo goed als mogelijk ondersteund bij dit proces. De mens wordt als één geheel gezien, waarbij de focus ligt op wat er wel goed loopt en niet op de ziekte of aandoening an sich (Linhorst, 2006).

De krachtgerichte of empowerende aanpak sluit hierbij aan. Er wordt vanuit gegaan dat cliënten steeds de mogelijkheid hebben om te groeien en te veranderen. Centraal hierin staat dat de focus ligt op de krachten van de hulpvrager. Net zoals bij herstel, is ook het proces van empowerment iets wat vanuit de cliënt zelf gebeurt, maar waarin de hulpverlening een belangrijke en ondersteunende rol kan opnemen. De hulpverlener ondersteunt de cliënt bij het aangaan en onderhouden van relaties, faciliteert de toegang tot hulpbronnen (*resources*) en werkt kracht- en contextgericht (Linhorst, 2006; Van Regenmortel, 2009).

Essentieel voor empowerment is participatie. De hulpvrager neemt actief deel aan zijn eigen herstelproces en behoudt hierover de controle. Hiervoor is gelijkwaardigheid tussen cliënt en hulpverlener van belang. Zorg die vertrekt vanuit empowerment moet ervoor zorgen dat de cliënt de regie houdt over zijn of haar leven en dat de hulpvraag niet (te snel) wordt overgenomen door de hulpverlening. Daarbij moet de omgeving optimaal benut worden, omdat ook daar krachten en mogelijkheden schuilen die kunnen bijdragen tot herstel. Dit zorgt ervoor dat de afhankelijkheid ten aanzien van hulpverlening, die de cliënt doorgaans ervaart, sterk verminderd wordt. Een empowerende aanpak gaat eveneens uit van het subsidiariteitsprincipe, waarbij er wordt ingezet op preventie, kracht, versterking en verbinding (Van Regenmortel, 2009).

“Hoe word je best geholpen? Als ze naar mij luisteren en ze alleen doen wat ik wil dat ze doen. En dat ik zelf kan kiezen of dat ik de oplossingen die ze voorstellen toepas of niet. Dat ze mijn grenzen respecteren!”

– Getuigenis jongere (Vlaamse Jeugdraad, 2017, p. 16)

“Optimale geestelijke gezondheid is mensenwerk. We moeten mensen dichter bij elkaar brengen en interventies afstemmen op het dagelijkse leven.”

– Getuigenis psycholoog (Joris, 30 september 2017, z.p.)

De relatie tussen hulpverlener en cliënt heeft een sterke invloed op de kwaliteit, effectiviteit en beleving van de hulpverlening. Een hulpverleningsrelatie waarin gelijkwaardigheid en wederzijds respect op de voorgrond staan, draagt bij tot *patient empowerment*. Patient empowerment is het proces waarbij de cliënt door de hulpverlener/hulpverlening op een menswaardige, gelijkwaardige en participerende manier wordt betrokken in zijn of haar herstelproces en zich hierdoor een volwaardig persoon blijft voelen. Net als in de fysieke gezondheidszorg, is er in de geestelijke gezondheidszorg sprake van een verschil in macht tussen cliënt en arts/hulpverlener. De macht die een arts heeft, hoeft niet onmiddellijk negatief uit te draaien voor cliënten. Cliënten kunnen daarnaast (bijna) altijd weigeren wat de arts voorstelt, indien zij niet akkoord zijn. Desalniettemin blijven cliënten nog steeds voor een stuk afhankelijk van artsen en/of hulpverleners (Eeckman, 2019).

Dit verschil in macht valt te verklaren aan de hand van de *Resource Independency Theory* van Emerson, die door Edgard Eeckman wordt toegepast op de gezondheidszorg. Zo beschikt de zorgverlener over bepaalde informatie, kennis en vaardigheden, ook wel *resources* genoemd, die cliënten nodig hebben. Cliënten zijn onder meer afhankelijk van de tijd die een zorgverstreker voor hen uittrekt en van de affectie en aanhankelijkheid van de hulpverlener. Ook voor het stellen van een diagnose of voor het voorschrijven van medicatie of een ziekteattest, zijn ze afhankelijk van een arts. Daarbovenop komt nog dat cliënten die ziek zijn of kwetsbaar zijn, zich vaak angstig of onzeker voelen, wat ervoor zorgt dat ze nog afhankelijker worden van de *resources* van de hulpverlener en hierdoor het gevoel krijgen geen controle meer te hebben. Deze afhankelijkheid gaat ook in omgekeerde richting op; cliënten beschikken over *resources* die voor de arts belangrijk zijn. Zo hebben artsen een inkomen nodig, waarvoor cliënten zorgen. Artsen zijn daarnaast afhankelijk van de informatie die een cliënt hen geeft. Zonder die informatie kunnen zij namelijk weinig tot geen hulp geven (Eeckman, 2019).

“Vertrouwen moet je verdienen, je moet dat tijd geven en niet verwachten dat alles meteen op tafel komt. Maar als er niet eerlijk gecommuniceerd wordt, dan komt dat vertrouwen er nooit.”

- Getuigenis jongere (Kusé & Jashanica, 2016, z.p.).

Beide partijen beschikken over *resources*, maar die van de arts zijn talrijker aanwezig en wegen sterker door dan die waarover de cliënt beschikt, hetgeen zorgt voor een machtsverhouding die in het voordeel van hulpverleners is. De afhankelijkheid van cliënten kan, zoals eerder al aangehaald, zorgen voor een verlies van controlegevoel, hetgeen de cliënt nog angstiger en zieker kan maken. Om dit tegen te gaan, is empowerment binnen de hulpverleningsrelatie belangrijk (Eeckman, 2019).

“Één hulpverlener is me bijgebleven. Vooral haar manier van spreken was zeer aangenaam. Ze praatte als gelijke tegen mij, als gelijkwaardig persoon. Ze was altijd positief. Ze stelde me veel vragen. Ze durfde eigenlijk echt veel vragen!”

- Getuigenis jongere (Kusé & Jashanica, 2016, z.p.).

Patient empowerment kan gerealiseerd worden door wederzijdse, respectvolle en open communicatie, waarbij arts en zorgvrager samen beslissingen nemen. Zo kan de autonomie van de cliënt behouden blijven of weer worden hersteld. Naast het bewaren of herstellen van de autonomie van de zorgvrager, heeft patient empowerment nog andere voordelen. Het

verminderen van de afhankelijkheid van de cliënt zorgt ervoor dat mogelijke weerstand van de cliënt ten aanzien van hulpverlening vermindert. Dit heeft als gevolg dat empowerment ervoor zorgt dat cliënten trouwer de behandeling en/of therapie volgen. Door communicatie tussen beide partijen krijgt de arts inzicht in de wensen en noden van de cliënt en is er minder ruimte voor het ontstaan van conflicten, hetgeen de kwaliteit van de hulpverlening en de hulpverleningsrelatie ten goede komt (Eeckman, 2019).

4.2.3 De ideale hulpverlener

Hierboven werden al enkele aspecten en eigenschappen aangehaald die belangrijk zijn voor hulpverleners in de (geestelijke) gezondheidszorg. In samenspraak met jongeren en ouders die in contact kwamen met Integrale Jeugdhulp, worden nog enkele andere eigenschappen en houdingen aangehaald die bijdragen aan het welslagen van hulpverleningsrelaties. Een goede hulpverlener vertrekt vanuit een *participatieve basishouding*. Deze houding omvat, zoals hierboven beschreven, de principes van openheid, empathie, gelijkwaardigheid, echtheid en onvoorwaardelijkheid. Dit zijn eigenschappen die door jongeren zelf en hun ouders worden aangehaald als belangrijke houdingen van een hulpverlener, die hem of haar tot een ‘goede’ hulpverlener maken (De Meersman, z.d.; Kusé & Jashanica, 2016).

Naast deze basishoudingen, komen nog enkele andere eigenschappen van een goede hulpverleningsrelatie naar boven. Zo is betrouwbaarheid en vertrouwen belangrijk. Kinderen en hun ouders kunnen pas ten volle delen wat hen bezighoudt als zij weten dat wat ze vertellen, niet wordt doorverteld. Beroepsgeheim is hierbij belangrijk, maar ook buiten het beroepsgeheim dient er discretie te zijn. Samen met vertrouwen hangt de term ‘begrip’. Zo geven jongeren en ouders aan dat ze vaak pas een hulpverlener in vertrouwen durven nemen, wanneer ze het gevoel hebben dat de hulpverlener hen begrijpt of hen wil begrijpen (De Meersman, z.d.; Kusé & Jashanica, 2016).

“Het is belangrijk dat ze geloven en begrijpen wat je vertelt. Je moet het gevoel hebben dat ze dezelfde visie hebben als jij, dat ze er kunnen inkomen”

“Onze hulpverleners zijn schitterende mensen. Je kunt met hen over alles praten, het enige wat je er moet bij nemen is dat de dag erna heel het gebouw op de hoogte is. Ze zeggen dat ze enkel de erge dingen doorvertellen, maar ze vertellen alles door”

– Getuigenissen jongeren (De Meersman, z.d., z.p.).

Professionele nabijheid is eveneens belangrijk voor het slagen van een hulpverleningsrelatie. De ideale hulpverlener is betrokken bij de cliënt en zijn omgeving, maar houdt tegelijkertijd voldoende professionele afstand. Betrokkenheid is nodig om cliënten het gevoel te geven dat je als hulpverlener luistert, hen probeert te begrijpen en dat je voor hen klaarstaat (De Meersman, z.d.; Kusé & Jashanica, 2016).

“Het is tof als je voelt dat de begeleiders achter je staan, dat ze er voor ons zijn, dat ze zeggen dat je je niet mag laten doen”

“Ze moeten laten zien dat ze me niet in de steek zullen laten”

– Getuigenissen jongeren (De Meersman, z.d., z.p.).

Tegelijkertijd houdt professionele nabijheid ook in dat je als hulpverlener niet té betrokken raakt bij de cliënt. Dit komt voor jongeren verstikkend of zelfs bemoeizuchtig over. Te veel nabijheid resulteert er vaak in dat hulpverleners zaken van de cliënt gaan overnemen, hetgeen niet bevorderend werkt voor het empowermentproces van de cliënt (De Meersman, z.d.; Kusé & Jashanica, 2016).

“Het is goed dat ze je willen helpen, maar ze mogen ook niet té bezorgd zijn, dan beginnen ze zich te moeien en behandelen ze ons als een klein kind”

– Getuigenis jongere (De Meersman, z.d., z.p.).

“Bij een hulpverlener met mijn nationaliteit zou ik altijd het gevoel hebben dat hij te dichtbij komt, te veel in mijn privéleven. Bij Vlaamse hulpverleners heb ik altijd het gevoel gehad dat er een professionele afstand was en dat is een afstand die mij vertrouwen geeft.”

– Getuigenis jongere (Kusé & Jashanica, 2016, z.p.).

Een ander aspect dat steeds belangrijker wordt in de hulpverlening, is diversiteit. Momenteel zijn er slechts heel weinig hulpverleners van allochtone origine. Naast afkomst en culturele achtergrond, biedt ook diversiteit in gender, leeftijd, opleiding en sociale achtergrond een enorme meerwaarde, zowel voor jongeren en hun ouders als voor hulpverleners zelf (Kusé & Jashanica, 2016).

“Als een team diverser is samengesteld, dan is de kans groter dat een jongere zich met iemand uit het team kan verbinden, dat hij een rolmodel vindt, iemand waaraan hij zich kan spiegelen.”

“Een beetje meer kleur zou goed zijn. Zo kunnen hulpverleners meer uitwisselen, meer leren van elkaar, meer inzicht krijgen in hoe andere mensen en culturen naar bijvoorbeeld opvoeding kijken. Zo leren ze inzien dat ‘anders’ niet altijd ‘verkeerd’ is.”

– Getuigenissen jongeren (Kusé & Jashanica, 2016, z.p.).

Verbinding creëren tussen cliënt en hulpverlener is essentieel en gaat vlotter wanneer een team divers is samengesteld. Zo kunnen kinderen, jongeren en hun ouders makkelijker iemand vinden waarmee het ‘klikt’. Deze verbinding zorgt mee voor de vertrouwensband en de mate waarin de cliënt begrip ervaart van de hulpverlener (Kusé & Jashanica, 2016).

“Mijn moeder had veel aan de intercultureel bemiddelaar. Zij wist heel veel over onze cultuur en ze was bovendien van dezelfde leeftijd als mijn moeder. Dat maakte dat ze haar heel snel haar vertrouwen gaf, en dat was er bij andere hulpverleners niet.”

– Getuigenis jongere (Kusé & Jashanica, 2016, z.p.).

Tot slot blijkt vooral menselijkheid belangrijk. Als hulpverlener laten merken dat je ook maar ‘gewoon’ een mens bent, verkleint de (soms grote) afstand die er heerst tussen hulpverlener en cliënt en verbetert het gevoel van gelijkwaardigheid, hetgeen het zorgproces ten goede komt (De Meersman, z.d.; Kusé & Jashanica, 2016).

“Een goede begeleider moet ook eens los kunnen doen, kunnen lachen, zelf ook eens iets vertellen ... Eigenlijk moet een goede begeleider als een goede vriendin zijn. Ze moet iets hebben waardoor alles heel gewoon wordt, ze moeten over alles kunnen zeveren, zelfs over seks”

– Getuigenis jongere (De Meersman, z.d.,z.p.).

4.2.4 Ondersteuning van en vanuit het informele netwerk en de gezinscontext

Het kind of de jongere kan niet los gezien worden van zijn of haar context. Zeker indien de cliënt minderjarig is, zijn er steeds ouders, opvoeders, voogden of familieleden betrokken en maken zij deel uit van de directe omgeving van het kind/de jongere. Dat er binnen de gezinscontext nood is aan laagdrempelige, preventieve ondersteuning, werd in een eerder hoofdstuk aangehaald. Maar wanneer in een verder stadium een kind begeleid wordt in de geestelijke gezondheidszorg, groeit ook de nood aan ondersteuning bij de ouders en/of andere gezinsleden. Zij weten vaak niet wat een psychische aandoening, therapie of psychiatrische begeleiding bij hun kind inhoudt en hoe zij daarmee om moeten gaan. Naast de nood aan bijstand bij het ondersteunen van hun kind, hebben zij zelf nood aan begeleiding en (mentale) ondersteuning (Steeman, 2019).

De vermaatschappelijking van de gezondheidszorg die de laatste jaren steeds meer voet aan wal zet, houdt in dat hulp in de thuiscontext wordt geboden en dat het informeel netwerk zo goed als mogelijk betrokken wordt. Contextgericht werken betekent niet alleen de familie betrekken bij het zorgproces, maar evengoed de familie ondersteuning bieden. Zeker nu er wordt ingezet op mobiele en ambulante hulpverlening waarbij cliënten veelal thuis verblijven, is dit belangrijk (Steeman, 2019). Daarbij komt dat, in tegenstelling tot fysieke aandoeningen, er bij psychische problemen vaak heel wat minder begrip is vanuit de omgeving, waardoor het gezin vanuit zijn eigen informele netwerk niet altijd de steun krijgt die het nodig heeft (Aendekerk, 2020).

Het inzetten en betrekken van familie heeft een gunstig effect, zowel voor de cliënt zelf, als voor de omgeving. In de eerste plaats beschikt de gezinscontext van een kind of jongere over belangrijke informatie. Zij leven met de cliënt samen en beschikken over informatie omtrent het gedrag, de levensstijl en de moeilijkheden die het kind of de jongere ervaart en kunnen met deze inzichten de hulpverlening helpen (Steeman, 2019).

Ik kan en wil getuigen dat familieleden zeer veel kracht en steun ondervinden door hen te betrekken in het herstel proces en dat kan alleen maar positief zijn voor zowel cliënt als ouder.”
– Getuigenis moeder van een jongere (“Moeder van een psychisch kwetsbare jongere.”, z.d., z.p.)

Een ander voordeel dat men bekomt door familie te betrekken, is dat familieleden of andere naasten een beter beeld krijgen van wat de begeleiding en therapie van het kind of de jongere inhoudt. Daarnaast kan de betrokken hulpverlening hen ondersteunen in het omgaan met moeilijkheden of conflictsituaties, bijvoorbeeld bij agressie, automutilatie of suïcidaliteit (Steeman, 2019).

Familieleden, en ouders in het bijzonder, betrekken bij de hulpverlening, kan op verschillende manieren. Zo is in de eerste plaats een warm en vriendelijk onthaal belangrijk, waarbij kort de manier van werken kan worden toegelicht en de betrokkenen een rondleiding binnen de voorziening kunnen krijgen. Daarnaast kunnen hulpverleners familieleden helpen door hen te betrekken bij de begeleiding van het kind, door te antwoorden op vragen, door ouders hun verhaal te laten doen en door zelfzorg te stimuleren. Zelfs wanneer er binnen de voorziening geen ruimte of mogelijkheid is om de ouders voldoende te ondersteunen, kunnen zij hen toeleiden naar andere actoren die deze rol wel kunnen opnemen. Daarnaast is familiebetrokkenheid niet

alleen de rol van hulpverleners, maar van iedereen die werkzaam is binnen de (geestelijke) gezondheidszorg (Steeman, 2019).

Ondanks dat familiebetrokkenheid een win-winsituatie is voor zowel de cliënt, de omgeving en de hulpverlening, slaagt de geestelijke gezondheidszorg er nog onvoldoende in om de omgeving te betrekken. Dit omwille van organisatorische redenen zoals tijdsgebrek of gebrek aan mankracht, maar ook door het spanningsveld tussen beroepsgeheim en familiebetrokkenheid en bij gedwongen, opgelegde maatregelen. De problemen en moeilijkheden die zich voordoen bij het betrekken van familie in de geestelijke gezondheidszorg, komen aan bod in hoofdstuk 2.1.2.

4.3 Disempowerment, secundaire victimisatie en traumatische ervaringen met hulpverlening

Uit onderzoeken en getuigenissen, die hieronder uitvoerig besproken worden, blijkt dat gelijkwaardigheid in de hulpverleningsrelatie niet steeds aanwezig is. In sommige gevallen gaat het zelfs zo ver dat de manier waarop er door de hulpverlening gereageerd wordt, ertoe leidt dat cliënten gedisempowerd worden of dat zij door de hulpverlening getraumatiseerd raken.

4.3.1 Iatrogene schade, disempowerment en traumatisering in contact met hulpverlening

Iatrogene schade duidt op schade die voortkomt uit het handelen van een arts of andere hulpverlener. Specifiek voor de geestelijke gezondheidszorg omvat dit schade (of een aandoening) als gevolg van iets wat een zorgverlener beslist, doet of zegt voor, bij of tegen de cliënt. Een ander onderdeel hiervan, dat zowel behoort tot de fysieke als de geestelijke gezondheidszorg, is schade ten gevolge van medicatie, in de ggz vaak psychofarmaca (Vandereycken & Van Deth, 2009). Het begrip *secundaire victimisatie (secondary victimisation)* uit de criminologische wetenschappen valt hier aan te linken. Hierbij gaat het eveneens om schade die aan een persoon wordt toegebracht door allerhande hulpverleners, zoals agenten, zorgpersoneel, rechters of artsen. Secundair duidt er in dit geval op dat iemand eerst slachtoffer wordt van een misdrijf en vervolgens weer slachtoffer wordt van het systeem. De vergelijking met psychiatrie valt te maken; daar waar een persoon eerst te kampen krijgt met een psychische aandoening, wordt hij vervolgens slachtoffer van bijvoorbeeld vooroordelen, wachtlijsten, hoge kosten en het (niet) handelen van hulpverleners. Ook het meemaken en/of zien van traumatische gebeurtenissen binnen hulpverlening zoals dwang en geweld, kunnen een cliënt (her)traumatiseren (Rossa-Roccor, Schmid & Steinert, 2020).

Daar waar mogelijke neveneffecten en schade in de somatische geneeskunde benoemd worden, gekend zijn en gecommuniceerd worden naar de cliënt, is dit in de psychiatrische hulpverlening vaker niet dan wel het geval. Cliënten krijgen weinig tot geen informatie over de mogelijke (negatieve) impact die therapie of een opname kan hebben. Onder het motto 'baat het niet, dan schaadt het niet' worden veel behandelingen opgestart of voortgezet, terwijl er in sommige gevallen wel degelijk sprake is van bijkomend lijden. Hierbij komt nog dat er binnen dit vakgebied weinig tot geen controle is over de uitvoering, zeker wanneer het gaat om psychologische hulp. Zelfstandige psychologen en psychotherapeuten kunnen hun activiteiten uitvoeren wanneer zij over het vereiste diploma beschikken, zij het zonder dat er verdere controle plaatsvindt naar de effectiviteit van hun behandeling, net zoals het geval is bij zelfstandige psychiaters (Vandereycken & Van Deth, 2009). Psychiatrische ziekenhuizen worden wel onderworpen aan kwaliteitscontroles

door de zorginspectie, al is de vraag hierbij in welke mate kwaliteit, effectiviteit en eventuele bijkomende schade bij het therapeutische proces van een cliënt daadwerkelijk gemeten en gecontroleerd kunnen worden.

Zoals eerder aangehaald, zijn empathie, echtheid en acceptatie houdingen van de hulpverlener die bij de cliënt leiden tot empowerment en daarmee ook tot het welslagen van de hulpverlening. Uit verschillende getuigenissen die in deze bachelorproef aan bod komen, blijkt dat deze houdingen door hulpverleners, bewust of onbewust, niet steeds worden gehanteerd. Hierdoor worden de interventies of (be)handelingen niet als helpend ervaren en dragen zij bij tot disempowerment. In extreme gevallen, die desondanks niet zo uitzonderlijk zijn, leidt dergelijk handelen tot (bijkomende) traumatisering van de cliënt.

“Vechten wil ik ook tegen de houding van een aantal mensen in de hulpverlening. Ik denk dan in het bijzonder aan hoe spoedartsen soms omgaan met automutilatie en zelfmoordpogingen. Er zijn van die zinnetjes die je echt door het hoofd blijven spoken. Zoals die arts die haar diepe verwondingen moest verzorgen en zei: ‘als je dat bij jezelf kunt doen, moet ik het ook niet verdoven om het dicht te naaien.’ Of nog erger. De spoedarts die na een zelfmoordpoging zei: ‘Ik zal je volgende keer eens laten zien hoe je dat juist moet doen.’ Tegen die man heb ik ook een klacht ingediend. Dat was er echt mijlen over!”

– Getuigenis moeder van een jongere (“Ik blijf vechten. Zelfs tegen de bierkaai.”, z.d., z.p.)

De centrale vraag hierbij is waarom hulpverleners en hulpverlening soms op deze manier handelen en omgaan met psychiatrische cliënten. Een eenduidig antwoord formuleren op deze vraag is verre van evident. Ondanks het feit dat heel wat hulpverleningsactoren zich ideologisch manifesteren als organisaties waarbinnen er vertrokken wordt vanuit de herstelvisie en waarbij de focus zou (moeten) liggen op empowerment, blijven er heel wat getuigenissen opduiken van psychische cliënten en hun naasten waarin de patiëntenrechten en soms zelfs de mensenrechten niet worden gerespecteerd en waar de hulpverlening meer kwaad dan goed doet. Hetzelfde geldt voor artsen; ondanks de Eed van Hippocrates die de arts aan het begin van zijn carrière aflegt en het principe *primum non nocere* (allereerst niet schaden)², is de interactie tussen arts en cliënt niet steeds helpend en soms zelfs schadelijk (Van Everdingen & Horstmanshoff, 2005).

“De psychiatrie heeft jammer genoeg geen soelaas gebracht voor haar. Ze heeft het altijd moeilijk gehad met de diagnoses en de labels die ze kreeg en niet herkende bij zichzelf. Ze kreeg een stigma en bleef het moeilijk hebben om haar plaats te vinden in onze verbrokkelde en stresserende maatschappij. Ze had het ook altijd moeilijk met haar medicatie die veel negatieve bijwerkingen had. Ze zei altijd ‘Ik voel niet meer, ik heb geen natuurlijke slaap meer, ik ben mezelf verloren. Ze kreeg zo weinig hoop, zo weinig perspectief. Voor de rest van je leven zal je medicatie moeten nemen... Toen we na veel discussie onze dochter zelf uit de psychiatrie haalden kon ze zelf haar mantel niet meer aan en uitdoen, haar haar niet meer borstelen en was ze stijf van de medicatie.

² De ‘Eed van Hippocrates’ stelt enkele belangrijke ethische principes voorop waaraan artsen zich dienen te houden. De arts belooft bij het afleggen van de eed zich in te zetten voor het welzijn van de cliënt en te strijden tegen onrechtvaardigheid. Verder omvat de eed ook het wettelijke principe van beroepsgeheim en staan hierin enkele patiëntenrechten geformuleerd, onder meer het recht op informatie en zelfbeschikking. Het *primum non nocere* principe duidt erop dat het beginsel van deze eed omvat dat de arts geen schade berokkent aan anderen (Van Everdingen & Horstmanshoff, 2005).

Ze verbeterde stilaan maar na zes weken heeft ze de sprong naar de vrijheid gemaakt.”

– Getuigenis ouders van een jongvolwassene (“Ouders getuigen over hun kind dat suicide pleegde.”, z.d., z.p.)

Taboes, stigmatisering en vooroordelen die nog steeds aanwezig zijn wanneer het gaat om geestesziek(t)en, vormen wellicht een antwoord op bovenstaande vraag. Ook onwetendheid en angst bij hulpverleners en naasten sluit hierbij aan.

Stigmatisering komt tot stand wanneer een persoon of een groep bepaalde eigenschappen heeft of bepaald gedrag stelt dat door de maatschappij als afwijkend en negatief beschouwd wordt. Specifiek bij psychische aandoeningen gaat het om bijvoorbeeld agressief, afhankelijk of wisselend, onvoorspelbaar gedrag. De persoon of groep die wordt gestigmatiseerd, ondervindt hiervan negatieve gevolgen, zoals uitsluiting, vooroordelen en onrechtvaardige handelingen. Deze negatieve gevolgen komen mede tot stand door de machtsverhouding tussen enerzijds de persoon zonder stigma (hulpverlener, arts, naasten) en de persoon die gestigmatiseerd wordt (psychisch kwetsbare personen). Omgekeerd kan ook, de cliënt kan negatief en stigmatiserend denken over de hulpverlening, maar de hulpverlening zal dit doorgaans niet even negatief ervaren als omgekeerd wel het geval is. Het belang van gelijkwaardigheid in de hulpverlener-cliëntrelatie, kwam eerder al aan bod. Naast het leiden tot empowerment, zorgt gelijkwaardigheid mede voor destigmatisering en dus voor een hogere kwaliteit en betere *outcome* van hulpverlening (Van Erp et al., 2019).

“Zo worden mensen weggestuurd met de opmerking "Kom morgen maar terug als we wél tijd voor je hebben". Of worden mensen niet verdoofd bij het hechten van wonden met opmerkingen als "Misschien leer je het zo wel af om jezelf te beschadigen". Het resultaat is dat kwetsbare mensen niet meer de (spoed)zorg zoeken die zij nodig hebben en zelf hun wonden gaan verbinden, met alle gevolgen van dien.”

“Er zijn helaas geen harde cijfers van dit wangedrag onder hulpverleners, wier primaire taak is om te zorgen voor zieken, gezondheid te bevorderen en lijden te verlichten, waarbij ze het belang van de cliënt vooropstellen en met respect voor hun opvattingen handelen.”

– Arnold Reyneveld, woordvoerder Stichting Zelfbeschadiging (MIND, 2017, z.p.).

Het Nederlandse Trimbos instituut deed onderzoek naar stigmatisering door hulpverleners. Uit de resultaten daarvan blijkt dat bijna een kwart van de cliënten zich door hulpverleners gestigmatiseerd voelt. Verder werd er onderzocht in welke mate hulpverlening zich stigmatiserend opstelt naar cliënten toe. Van de 22 onderzoeken die werden bestudeerd, tonen 9 onderzoeken aan dat de (stigmatiserende) houding van hulpverleners die werkzaam zijn in de GGZ, niet of nauwelijks verschilt van die van niet-hulpverleners. Zes studies geven weer dat de houding van hulpverleners positiever is dan die van ‘gewone’ mensen, de overige zeven onderzoeken spreken dit tegen en tonen aan dat de houding van hulpverleners naar psychische cliënten net negatiever is dan die van niet-hulpverleners. De onderzoeken waarbij sprake is van een negatievere houding van GGZ-hulpverleners, tonen daarnaast aan dat deze hulpverleners vaker dwangmiddelen gebruiken en minder focussen op de krachten van een cliënt. Ondanks de verschillen tussen de 22 onderzoeken, kan er worden gesteld dat de stigmatiserende houding van hulpverleners naar cliënten toe nauwelijks verschilt van de houding van niet-hulpverleners. Uit dezelfde studie blijkt verder dat jongere hulpverleners vaker vooroordelen hebben dan oudere en

dat in de residentiële zorg de houding van zorgverleners negatiever is dan in de ambulante hulpverlening. Deze resultaten zijn onrustwekkend en tonen aan hoe belangrijk het is om zowel bij hulpverleners en in zorg-gerichte opleiding, als bij de gehele bevolking, dergelijke opvattingen weg te werken en om te buigen (Van Erp et al., 2019).

Zoals eerder werd aangehaald, vormen preventie, een open en veilig schoolklimaat en toegankelijke, kwalitatieve eerstelijns-hulpverlening belangrijke peilers om stigmatisering en vooroordelen tegen te gaan en zo ook om de kwaliteit van verdere, meer specifieke en intensieve hulpverlening te verbeteren, en dit zowel voor de hulpvragers zelf als voor de hulpverleners.

4.3.2 (Gedwongen) opname en vrijheidsbeperkende maatregelen

Naast stigmatisering, dragen angst en onwetendheid bij hulpverleners bij aan het verminderen van de kwaliteit van hulpverlening. Dit is onder meer het geval bij agressie, suïcidaliteit of ernstig afwijkend gedrag, waarbij hulpverleners vaak niet weten hoe te handelen en hoe zichzelf en de cliënt te beschermen, waardoor bij gebrek aan alternatieven niet 'helpend' gehandeld wordt en er bijvoorbeeld vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast (Vlaams Parlement, 2018).

Vrijheidsbeperkende maatregelen en dwang komen in vele vormen en gradaties voor; gedwongen opname, afzondering/isolatie, mechanische of chemische fixatie, medicatie toedienen of staalafname onder dwang. Een eenduidige wetgeving voor het toepassen van dergelijke dwangmaatregelen ontbreekt, zelfs voor minderjarigen (Verhaeghe & Bazan, 2017). Enkel de wet op gedwongen opname staat geregistreerd, met als belangrijkste uitgangspunt dat een gedwongen opname slechts kan plaatsvinden als een geesteszieke cliënt een ernstig gevaar vormt voor zichzelf of voor anderen en wanneer vrijwillige hulp niet mogelijk is (Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, 2011). Wat betreft andere vrijheidsbeperkende maatregelen zoals afzondering en vijfpuntsfixatie (het mechanisch vastbinden van ledematen met pols- en enkelbanden en lendenband), is er nationaal geen wetgeving. Wel zijn er een hele reeks aanbevelingen, die formuleren dat vrijheidsbeperkende maatregelen enkel mogen worden toegepast in geval van uiterste nood en bij gebrek aan enig alternatief, en dat zo kort mogelijk (Hoge Gezondheidsraad, 2016). Het probleem met dergelijke aanbevelingen is dat deze ruimte laten voor interpretatie en dat 'inbreuken' hierop niet strafbaar zijn en nauwelijks gecontroleerd kunnen worden. In veel gevallen wordt vrijheidsbeperking toegepast wanneer er suïcidaal of agressief gedrag plaatsvindt of zeer waarschijnlijk plaats kan vinden, maar soms ook uit voorzorg, omdat er te weinig personeel aanwezig is of omdat de procedure in een psychiatrisch ziekenhuis dat voorschrijft (Kinderrechtencommissariaat, 2019; Verhaeghe & Bazan, 2017).

“Iedereen die gedwongen opgenomen wordt, wordt standaard in de isoleercel geplaatst.”

“De isolatieruimte was warm en ik had veel dorst. Ik kreeg geen drinken, dus heb ik uiteindelijk uit de WC gedronken.”

“Ik kreeg geen uitleg toen ik gefixeerd werd en een baxter met medicatie kreeg. Ik dacht - in mijn psychose - dat ze me uitdaagden om zo snel mogelijk los te geraken.”

– Getuigenissen cliënten in de GGZ (Tambuyzer, 2017)

De wet op gedwongen opname, namelijk de wet van 26 juni 1990 ter bescherming van de persoon van de geesteszieke, geldt zowel voor minderjarigen als voor volwassenen, zonder

leeftijdsbeperking. Wettelijk gezien kunnen jongeren vanaf 15 jaar bovendien ook op een afdeling voor volwassenen worden opgenomen, dewelke niet aangepast zijn aan de noden van deze jongeren. De wet an sich is een vorm van een dwangmaatregel, maar gaat vaak gepaard met bijkomende dwangmaatregelen en evengoed worden tijdens de uitvoering van deze wet de cliëntenrechten niet altijd gerespecteerd. Moeilijkheid hierbij is het evenwicht tussen deze rechten en de bescherming van de persoon. Zo heeft men in theorie het recht op het weigeren van een behandeling, maar kan deze weigering in de praktijk worden beschouwd als een ernstig gevaar voor de gezondheid of integriteit van de persoon, waardoor deze alsnog wordt opgelegd. Concreet voorbeeld hiervan is het toedienen van medicatie waar de cliënt niet mee akkoord gaat. De vraag die dan oprijst, is waarom men bijvoorbeeld kankercliënten die chemotherapie weigeren, geen behandeling oplegt, aangezien het weigeren van die behandeling evenwel serieuze risico's inhoudt met kans op overlijden. Verder blijkt ook het recht op vrije keuze van de zorgverlener vaak niet gerespecteerd. Dit omdat een gedwongen opname in de meerderheid van de gevallen via een spoedprocedure wordt opgestart en het dan niet mogelijk is voor de cliënt om een zorginstelling te kiezen. Tot slot lijkt het te ontbreken aan alternatieve behandelvormen tijdens een gedwongen opname; het is een opname in een psychiatrisch ziekenhuis of niets. Andere mogelijkheden, zoals verpleging in een gezin, bestaan, maar zijn niet in de wetgeving opgenomen (Cools, 2017).

Dat dwangmaatregelen zowel voor volwassenen als voor minderjarigen traumatisch zijn, blijkt uit de vele ervaringen die in dit hoofdstuk worden aangehaald. Ook voor familieleden en andere naasten is dit pijnlijk, maar evengoed voor betrokken hulpverleners. Studies die onderzoek doen naar de prevalentie en gevolgen van dergelijke maatregelen en die de traumatische impact ervan aantonen, zijn legio. Vrijheidsbeperkende maatregelen worden ervaren als vernederend, straffend, mensonterend en traumatiserend. Cliënten geven aan dat zij door de gevolgen van dergelijke maatregelen meer therapie nodig hebben dan voor het aanvankelijke psychische probleem. Naast de dwangmaatregelen zelf, is de manier waarop deze worden toegepast voor veel cliënten nog traumatischer dan de eigenlijke maatregel zelf (Kinderrechtencommissariaat, 2019; Tambuyzer, 2017).

Dwanginterventies worden vaak toegepast om acute, gevaarlijke (psychische) crisissituaties te hanteren. Contradictorisch als het is, leidt net het gebruik van dergelijke maatregelen tot meer (psychische) schade, zowel bij cliënt als hulpverlener en leidt agressie net tot meer agressie en verzet. Daarbovenop heeft het inzetten van vrijheidsbeperkende maatregelen een enorme negatieve impact op de therapeutische relatie en leiden dergelijke maatregelen bij de cliënt tot een mogelijke vertrouwensbreuk met hulpverlening (Vlaams Parlement, 2018). Verder blijkt ook dat dwang, vaak ingezet om escalatie het hoofd te bieden, op zijn beurt weer tot meer escalatie kan leiden (Verstuyf, 2019).

“Soms verlangde ik gewoon naar een kopje thee, een babbel of een aai over mijn hoofd. Ook een verhaaltje kon mijn hoofd tot rust brengen. Soms gebeurde dat, maar meestal was voor zulke kleine dingen geen tijd. Ik ben ervan overtuigd dat ik een aantal keren naar de isolatiecel werd gebracht omdat het de gemakkelijkste oplossing was.”

“In dat muntgroene hemd en short waarin ik kon zwemmen voelde ik me alleen maar slechter. Ik verlangde naar warmte en geruststelling, niet naar de afzondering en de roestbruine muren die me leken te omsingelen.”

“Ik weet nog hoe mijn onderbuik brandde toen ik eruit mocht. Ik durfde er niet te plassen, omdat ik niet naar de ijzeren wc-pot wilde, terwijl er ook nog eens een camera op mij gericht was.”

“Als iemand echt helemaal over de rooie gaat, is het oké. Maar het moet goed uitgelegd worden. En dat gebeurde in mijn geval niet.”

– Getuigenissen jongeren over de isolatiecel (Bergmans, 15 oktober 2019)

De Vlaamse Zorginspectie onderzocht in dit kader alle Vlaamse kinder- en jeugdpsychiatrische afdelingen. Uit dat onderzoek blijkt dat één op de zeven minderjarigen tijdens hun opname werd afgezonderd of werd gefixeerd. Ook wordt afzondering en fixatie niet enkel toegepast als laatste redmiddel bij ernstig (risico op) gevaar. In 75 procent van de gevallen worden vrijheidsbeperkende maatregelen zonder (risico op) ernstig gevaar toegepast. Vaak wordt tot dwang overgegaan uit voorzorg, als sanctie, door personeelstekort (bijvoorbeeld 's nachts of in het weekend) of omdat het hoort bij de standaardprocedure. Meer dan de helft van de bezochte afdelingen passen de combinatie van afzondering en fixatie toe. Door het tegelijkertijd toepassen van meerdere dwangmaatregelen, vormt ons land een uitzondering tegenover vele andere Europese landen, waar een combinatie van vrijheidsbeperkende maatregelen slechts zelden voorkomt (Tambuyzer, 2017). Daarbovenop komt dat bij één op drie afdelingen er, buiten het gevaarscriterium, nog andere indicaties geformuleerd zijn om over te gaan tot dwang (Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin & Zorginspectie, 2017).

Verder blijkt uit het onderzoek van Zorginspectie Vlaanderen en uit de getuigenissen dat hulpverlening tijdens vrijheidsbeperkende maatregelen niet als helpend wordt ervaren en geen antwoord biedt op de noden van het kind en zijn naasten. Zo is veiligheid en toezicht niet steeds gegarandeerd, is er nauwelijks tot geen begeleiding tijdens een moment van afzondering en wordt er in sommige gevallen aan de meest basale basisnoden en mensenrechten niet meer voldaan, zoals bijvoorbeeld toiletbezoek, eten en drinken, en nabijheid en contact (Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin & Zorginspectie, 2017; Kinderrechtencommissariaat, 2019; Tambuyzer, 2017).

Het ontbreken van een eenduidige, vastgelegde wetgeving hieromtrent, heeft eveneens een nadelige invloed op onderzoeksgegevens en op de registratie van dergelijke praktijken. Het gebrek aan wetgeving leidt er toe dat er grote verschillen zijn tussen afdelingen onderling; waar een kind wordt opgenomen bepaalt in grote mate of een kind al dan niet met dwang geconfronteerd wordt (Verhaeghe & Bazan, 2017).

“Wij mogen onze dochter niet spreken en vernemen dat ze in de isolatiecel zit, en dan is bezoek niet mogelijk. Twee dagen later horen we dat ze ook gefixeerd is (vastgebonden) in de isolatiecel. Waarom, hoelang al, tot wanneer, daarover kan geen enkele informatie gegeven worden. Niemand nodigt ons uit, geen maatschappelijk werker, geen psycholoog, geen psychiater. Na hevige aandringen en dreigen dat we de ombudsman zullen verwittigen kunnen we haar zien na 4 zeer spannende dagen. Ze wordt uit de isolatiecel gehaald en verschijnt in een gemeenschappelijke ruimte met een veel te grote pyjama die niet van haar is voor een half uur. Dan moet ze er terug in.”

– Getuigenis ouders van een jongvolwassene (“Ouders getuigen over hun kind dat suïcide pleegde.”, z.d., z.p.)

Dat de negatieve en traumatische impact van dwanginterventies reeds zijn aangetoond, staat vast. De vraag rijst dan waarom er nog steeds, zowel in de kinder- en jeugdpsychiatrie als bij volwassenen, zoveel dergelijke maatregelen worden toegepast. Het antwoord hierop is niet eenduidig en bestaat uit een complex gegeven van enerzijds een vastgeroest beleid, een vals gevoel van veiligheid, de nood aan controle en het gebrek aan alternatieven en preventie (Vlaams Parlement, 2018).

Het formuleren en implementeren van alternatieven, samen met preventie en destigmatisering, is nodig om dwangmaatregelen drastisch te beperken en (her)traumatisering te voorkomen. Concreet kan dit door het ontwikkelen van trainingen rond agressiebegeleiding en conflicthantering voor hulpverleners en door het uitwisselen van *good practices* tussen verschillende actoren, alsook door vormingen tijdens opleidingen. Om het gebruik van dwang en daarmee gepaard gaande traumatisering tegen te gaan, wordt er door verschillende organisaties gepleit voor een verbod op vrijheidsbeperkende maatregelen. Zonder dit verbod geven nog te veel actoren aan dat afzondering of fixatie soms nodig is. Door deze opvattingen blijft het moeilijk om dergelijke maatregelen zoveel mogelijk te bannen. Een verbod hierop en degelijke vormingen rond dit thema, kunnen zorgen voor een kentering waarbij de focus ligt op een meer humane benadering van psychisch kwetsbare cliënten in ernstige, moeilijke of gevaarlijke situaties (Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin & Zorginspectie, 2017; Verhaeghe & Bazan, 2017).

4.3.3 Familiebetrokkenheid: voor elke mogelijkheid een probleem?

Eerder werd het belang van ondersteuning van en vanuit het informele netwerk al aangehaald. Ondanks dat familiebetrokkenheid veel voordelen biedt voor zowel de context zelf als voor de cliënt, blijken ouders en andere naasten vaak niet of niet optimaal betrokken en ondersteund te worden. Vanuit de hulpverlening worden er heel wat redenen en moeilijkheden aangehaald die familiebetrokkenheid tegen gaan. Dit is onder meer het geval met de principes rond beroepsgeheim. Let wel; beroepsgeheim is en blijft een heel belangrijk concept in de hulpverlening, maar mag niet gebruikt worden door hulpverlening om naasten van een cliënt buiten te sluiten. Zeker wanneer er sprake is van kinderen die meerderjarig zijn, creëert beroepsgeheim een wig tussen ouders en hulpverleners. Daarbij komt dat familiebetrokkenheid en –ondersteuning, mits enige creativiteit, kan worden gerealiseerd zonder vertrouwelijke informatie over de cliënt te verspreiden (Aendekerk, 2020; Steeman, 2019).

Naast het beroepsgeheim, vormen de familiale relaties tussen cliënt en naasten een bron van beperking wanneer het gaat om familiebetrokkenheid. Destructieve relaties, intrafamiliaal geweld of een negatieve invloed op de hulpverleningsrelatie worden door de hulpverlening, terecht, als drempels aangehaald die familiebetrokkenheid bemoeilijken (Steeman, 2019). Maar ook hier is evenwicht belangrijk en dient men te zoeken naar balans. Daarbij is elke cliënt anders en is elke relatie uniek; differentiëren en zoeken naar mogelijkheden in plaats van beperkingen is de boodschap.

“Op een bepaald ogenblik gaat onze dochter vrijwillig binnen in de psychiatrie omdat ze verward was. Zij moest onmiddellijk haar gsm afgeven wat ze zeer moeilijk vond. Zij kon ons niet meer bereiken. Wij konden haar niet meer bereiken. s’ Anderendaags bellen we naar het ziekenhuis en

vragen of we haar mogen spreken. Neen, ze mogen geen informatie geven. Pas s 'avonds vernemen we dat ze gecolloqueerd is (gedwongen opgenomen).

– Getuigenis ouders van een jongvolwassene (“Ouders getuigen over hun kind dat suïcide pleegde.”, z.d., z.p.)

Ook praktisch gezien is familiebetrokkenheid moeilijk te realiseren. Personeel, tijd en middelen zijn veelal schaars en worden maximaal ingezet in de zorg voor de cliënt als individu. Daarnaast maken organisatorische maatregelen en veiligheidsprocedures het betrekken van familie moeilijk. In veel gevallen dient bezoek begeleid te worden en worden er aparte ruimtes en tijdstippen voor vrijgemaakt. Zeker wanneer cliënten in afzondering verblijven, kan het toelaten van bezoek de veiligheid in het gedrang brengen. Daarnaast zorgt de huidige corona-pandemie in veel ziekenhuizen voor een aanzienlijke vermindering of uitsluiting van bezoekmogelijkheden (Aenderkerk, 2020; Steeman, 2019).

Niet alleen organisaties en hulpverleners botsen tegen moeilijkheden aan, ook ouders en cliënten zelf ondervinden belemmeringen rond dit thema. Bij jongeren en ouders is er vaak angst en onwetendheid aanwezig, en mede het idee dat hulpverleners en artsen als specialist het beter weten. Hieruit volgt dat zij niet durven opkomen voor hun eigen belangen, niet durven vragen naar meer betrokkenheid. Schaamte en stigmatisering speelt hierin eveneens een rol (Aenderkerk, 2020).

Ik wil net wel betrokken worden, maar durf niet tegen te spreken. Stel je voor dat dit ten nadele van mijn kind uitdraait. Ik onderga dus. Op bezoek gaan bij je kind dat in isolatie is geplaatst, is een traumatiserende ervaring. Ik zou mee willen nadenken over wat er kan gedaan worden om zijn leed te doen stoppen. Ik vraag me af waar het is misgelopen en of deze behandeling nodig was, maar durf niet dwarsliggen.”

– Getuigenis vader (“Wat als familie wordt geconfronteerd met dwang?”, z.d., z.p.)

Dat betrokkenheid van familie een uitdaging vormt voor veel actoren, is duidelijk. Nochtans biedt net het betrekken van naasten heel wat extra mogelijkheden bij het herstel. Ondanks de belemmeringen, zijn ouders en familieleden voor veel cliënten een grote en vertrouwde bron van steun. Familie kan op die manier zelfs een rol spelen bij het voorkomen van afzondering en fixatie. Daarnaast is een psychisch probleem bij het kind voor ouders en andere gezinsleden ingrijpend en dienen zij, zowel voor hun eigen welzijn als dat van hun kind, ondersteund en betrokken te worden (Similes, 2016; Steeman, 2019).

4.3.4 Werkt het huidige beleid disempowerment in de hand?

De World Health Organisation beschrijft uitgebreid de voorwaarden waaraan een maatschappij en een beleid moet voldoen om te kunnen spreken van een geestelijke gezondheidszorg waarin de concepten van empowerment voldoende geïntegreerd zijn en centraal staan. De negentien indicatoren zijn onder te brengen binnen vier belangrijke categorieën. In de eerste plaats gaat het over het waarborgen van mensenrechten, waarbij discriminatie van personen met een psychische kwetsbaarheid of hun naasten niet mag plaatsvinden. Binnen de tweede categorie ligt de focus op het betrekken van psychisch kwetsbaren en hun naasten bij de uitwerking van hulpverleningsinitiatieven en bij de besluitvorming van het beleid. Een derde categorie stelt als

voorwaarde dat hulpverlening toegankelijk en kwalitatief dient te zijn. Hierbij ligt de focus op het wegwerken van drempels en op participatie van de zorgvragers. Tot slot is het hebben van toegang tot informatie en *resources* belangrijk binnen een empowerend beleid. Cliënten hebben recht op informatie over hun aandoening, zorgtraject en (mogelijke) hulpverlening en hebben indien nodig toegang tot noodzakelijke (financiële) hulpmiddelen. Het merendeel van deze rechten dient ook te gelden voor mantelzorgers en/of (familie)betrokkenen van de cliënt (Baumann, 2010).

Het huidige beleid, waarin er ellenlange wachtlijsten zijn, psychische hulp handenvol geld kost en stigmatisering en schending van cliënten- en zelfs mensenrechten in de psychiatrie nog steeds voorkomt, waarin cliënten en familie onvoldoende betrokken worden en waarbij de kwaliteit van de hulpverlening nog te vaak niet voldoet aan de noden van psychisch kwetsbare personen, heeft als gevolg dat onze geestelijke gezondheidszorg zoals die vandaag de dag is, niet empowerend is en sterk naar disempowerment neigt. Drastische en innovatieve wijzigingen zijn nodig om tot een geestelijke gezondheidszorg te komen waarin rechten gerespecteerd worden en noden kwalitatief en tijdig worden ingevuld.

Disempowerment door een falend beleid komt in veel facetten naar voren. Cliënten en hulpverleners banen zich een weg waar mogelijk, om toch maar hulp te kunnen krijgen en bieden. Dit heeft als gevolg dat de juiste hulp niet steeds bij de juiste cliënt terechtkomt en vice versa. De initiatieven die van hogerop worden genomen om een meer toegankelijke, kwalitatieve GGZ te creëren, zijn een goed begin maar leggen net zo duidelijk vingers op de (overige) wonden.

Zoals eerder aangehaald, kon het initiatief van het inzetten en terugbetalen van eerstelijnspsychologen op heel wat kritiek rekenen. Een goede start wat betreft terugbetaling en uitbreiding van eerstelijnszorg is hiermee genomen, maar legt op zijn beurt weer andere pijnpunten bloot en brengt andere drempels met zich mee. In het geval van eerstelijnspsychologische hulp wordt er ingeboet op de principes van empowerment (door onder meer doorverwijzing, beperkt aantal sessies, geen vrije keuze van hulpverlener), net om te garanderen dat deze hulp niet oververzadigd raakt en georganiseerd kan worden (Cools, 2018; Raskin 2019). Net zoals Rome niet op één nacht werd gebouwd, is dit ook het geval met het beleid inzake GGZ. Een grondige herstructurering en omwenteling kan niet plaatsvinden zonder bijkomende neveneffecten.

Dat de huidige problemen inzake betaalbaarheid en toegankelijkheid van de GGZ disempowerment in de hand werken, staat vast. Een belangrijk, niet te onderschatten gevolg hiervan is overmedicalisering. Het aantal gebruikers van psychofarmaca in België ligt hoog, zelfs bij jongeren. In veel gevallen hebben psychofarmaca, zoals antidepressiva of sedativa een belangrijk functie in de ondersteuning van psychische aandoeningen. Het is van belang dat dergelijke medicatie ondersteunend werkt en aansluit bij een multidisciplinaire aanpak, en niet gebruikt wordt als een behandeling an sich bij gebrek aan (betaalbare en toegankelijke) psychologische hulp. Onderzoek wijst eveneens uit dat een combinatie van psychotherapie en psychofarmaca betere resultaten geeft dan het gebruik van psychofarmaca alleen en dat bij jongeren slechts psychofarmaca mag worden voorgeschreven wanneer er gelijktijdig therapie plaatsvindt. Desondanks is er slechts bij 25 procent van de jongeren die psychofarmaca gebruiken, aanvullende psychotherapeutische ondersteuning (Clemens, 2017). Ook tijdens een

psychiatrische (crisis)opname staat het medische aspect op de voorgrond. Dat er in crisisgevallen vaak sprake is van ernstig (medisch) gevaar en er daardoor gefocust wordt op medicatie is logisch, maar de vraag is waarom een aanvullend, evenwaardig psychotherapeutisch aanbod in dergelijke scenario's stiefmoederlijk wordt behandeld.

“Als vijftienjarige nam ik al antidepressiva en slaappillen. Ik weet nu pas hoe moeilijk het is om er weer vanaf te raken. Therapie en tijd zijn intensiever, maar een betere oplossing.”

– Getuigenissen jongeren over de isolatiecel (Bergmans, 15 oktober 2019)

Daar was er blijkbaar maar één doel: als ze maar leeft. Desnoods volledig platgespoten. Ze kreeg heel zware medicatie waarvan ze zo'n 25 kilo bijkwam.

– Getuigenis moeder van een jongere (“Ik blijf vechten. Zelfs tegen de bierkaai.”, z.d., z.p.)

Ondanks campagnes rond het gebruik van psychofarmaca en richtlijnen naar huisartsen hieromtrent, blijft het een feit dat er te weinig toegankelijke, betaalbare en kwalitatieve psychologische hulpverlening is, waardoor zowel artsen als cliënten soms genoodzaakt zijn om bij (ernstige) problemen en bij het uitblijven van hulpverlening, een medicamenteuze behandeling op te starten.

4.4 Besluit

Uit dit hoofdstuk blijkt hoe belangrijk de kwaliteit van hulpverlening is bij het herstelproces van (psychiatrische) cliënten en hun naasten. Empowerment, gelijkwaardigheid en participatie zijn basisconcepten die als voorwaarden dienen tot het welslagen van hulpverlening. Uit de geraadpleegde getuigenissen en onderzoeken komt duidelijk naar voren dat een dergelijke aanpak gunstige resultaten oplevert. Familiebetrokkenheid en contextgericht werken vormt ook in dit hoofdstuk een belangrijk uitgangspunt. Evenwel blijkt uit veel getuigenissen dat deze concepten op praktijkniveau nog onvoldoende zijn uitgewerkt, hetgeen de kwaliteit van hulpverlening en het herstelproces van de cliënt negatief beïnvloedt. In extreme gevallen doet de hulpverlening op deze manier meer kwaad dan goed en leidt dit tot disempowerment en (her)traumatisering bij cliënten, familie en hulpverleners zelf. Veranderingsstrategieën en alternatieven om tot een meer humane, participerende en gelijkwaardige hulpverlening te komen worden in deel 3 van deze bachelorproef besproken. Deze zijn ruim voorhanden, maar nog onvoldoende geïmplementeerd binnen de praktijk, ondanks de gunstige resultaten en hun positieve effecten.

5 Conclusie

Deze literatuurstudie legde op bovenstaande drie domeinen pijnpunten bloot in de huidige geestelijke gezondheidszorg. De ervaringen, noden en wensen van minderjarigen en hun context op gebied van psychische hulpverlening, kwamen binnen de verschillende thema's uitgebreid aan bod. De theoretische achtergrond en praktijkvoorbeelden onderbouwen de probleemverkenning en sluiten aan bij de daarin geformuleerde veranderingsdoelen.

Het eerste onderdeel van de literatuurstudie focuste op de organisatie van geestelijke gezondheidszorg en op de nood aan preventie, vroegdetectie en vroeginterventie. Dit door maximaal in te zetten op het bespreekbaar maken van psychische problemen op school en thuis. Niet alleen het wegwerken van taboes is hier belangrijk, maar ook ouders en scholen voldoende ondersteuning bieden en tools aanreiken om psychische problemen te detecteren en hier op gepaste wijze mee om te gaan. Verder blijkt dat het overzicht van mogelijke hulp vaak ontbreekt en dat toegang tot zorg stroef loopt. Zorgen voor meer transparantie en het wegwerken van wachttijden is noodzakelijk.

Het tweede deel bouwde verder op deze moeilijke toegang, zijnde op het gebied van spoedeisende psychische hulpverlening. Zo blijkt dat op momenten van acute crisis, hulp niet altijd voorhanden is. Indien hulp toch geboden wordt, komt deze vaak niet tegemoet aan de noden van kinderen en ouders. De praktijkvoorbeelden geven weer op welke vlakken problemen zich situeren en worden onderbouwd door theoretische achtergrond over de organisatie en beschikbaarheid van acute psychische hulpverlening en crisiszorg. Snel inzetbare hulpverlening, die zich richt op het bieden van veiligheid, maar waarbij tegelijkertijd autonomie en empowerment een centrale plek behouden, is belangrijk, zowel voor minderjarigen als voor ouders. Werken volgens het subsidiariteitsbeginsel, met aandacht voor de context, heeft steeds de voorkeur.

Het laatste deel van de literatuurstudie ging dieper in op de kwaliteit van hulpverlening en op de mate waarin kinderen en hun omgeving zich geholpen voelen in contact met de geestelijke gezondheidszorg. Meer empowerment, gelijkwaardigheid en nabijheid kwam uit de praktijkvoorbeelden sterk naar voren als noodzakelijke waarden en worden door de theorie bevestigd als belangrijke principes voor het welslagen van hulpverlening. Evenwel blijken er op dit domein enkele moeilijkheden en beperkingen binnen de huidige zorg te bestaan, die desgevallend leiden tot disempowerment en traumatisering. Preventie en de-escalerend werken, met aandacht voor verbinding en waarbij de therapeutische relatie centraal staat, is noodzakelijk om de kwaliteit van hulpverlening te verbeteren.

In het volgende deel van deze bachelorproef wordt dieper ingegaan op de veranderingsdoelen die uit de praktijkgerichte probleemverkenning naar boven kwamen en die aan de hand van het theoretische gedeelte verder vorm kregen. Daaruit volgend komen enkele aanbevelingen en strategieën om de bestaande problemen (ten dele) weg te werken en om zo de geestelijke gezondheidszorg beter af te stemmen op de noden van minderjarigen en hun context.

DEEL 3: VERANDERINGSSTRATEGIEËN

1 Inleiding

De praktijkgerichte probleemverkenning toonde op verschillende domeinen binnen de geestelijke gezondheidszorg een nood aan verandering aan. Deze thema's en veranderingsdoelstellingen werden in de literatuurstudie reeds getoetst aan theoretische concepten en werden verder op praktijkniveau uitgediept. Hierop volgend buigt dit deel van de bachelorproef zich over concrete aanbevelingen en strategieën om tot verandering te leiden en om zo beter tegemoet te komen aan de noden die er leven bij minderjarigen en hun context op gebied van geestelijke gezondheidszorg.

Hieronder worden voor elk van de drie domeinen de veranderingsdoelen uit het eerste deel van deze bachelorproef verder uitgewerkt en geconcretiseerd. Vervolgens volgen er per thema strategieën om deze doelstellingen te bereiken, zowel op micro-, meso- als macroniveau, met aandacht voor de meerwaarde van gezins- en contextgericht werken.

2 Veranderingsstrategieën met betrekking tot preventie, laagdrempelige hulpverlening, transparantie, zorgcontinuïteit en wachttijden

2.1 Inleiding

Vanuit de praktijkgerichte probleemverkenning kwamen volgende veranderingsdoelstellingen naar voren: ouders en scholen versterken bij het bespreekbaar maken van en praten over psychische problemen, inzetten op preventie en eerstelijns hulpverlening en een gestructureerd overzicht van het hulpverleningslandschap uitwerken op macroniveau. Hierbij dienen op mesoniveau de organisaties en hulpverleners zich in te zetten voor het garanderen van continuïteit in de hulpverlening en voor de opvolging bij doorverwijzing van een jongere en zijn gezin.

De literatuurstudie over dit thema ging dieper in op de nood van kinderen, ouders en scholen aan preventieve en laagdrempelige ondersteuning en legde enkele pijnpunten bloot. Eén van de grote pijnpunten aangaande dit onderwerp is dat het hulpverleningslandschap onvoldoende overzichtelijk is en mede daardoor zorgt voor moeizame en verminderde toegang tot hulpverlening, lange wachtlijsten en gebrek aan continuïteit. Dit resulteert in een toename van klachten en verergering van problemen.

In dit onderdeel van de bachelorproef formuleer ik veranderingsmogelijkheden die, op micro- en mesoniveau en binnen een pedagogisch kader, resulteren in verbeteringen op het gebied van preventie, vroegdetectie en vroeginterventie. Hierop volgen strategieën en concepten die op meso- en macroniveau geconcretiseerd en geïmplementeerd kunnen worden en die zorgen voor meer transparantie, meer continuïteit en een betere toegankelijkheid. Deze strategieën hebben gezamenlijk tot doel om snel en gepast te kunnen ingrijpen wanneer er zich problemen voordoen en om escalatie of toename van problemen te vermijden.

2.2 Strategieën voor betere preventie, vroegdetectie en laagdrempelige ondersteuning in de school- en gezinscontext

2.2.1 *Beschikbaarheid, krachten en beperkingen van het huidige preventieve en laagdrempelige ondersteuningsaanbod*

In de literatuurstudie over dit hoofdstuk werd reeds aangehaald hoe scholen preventief en laagdrempelig kunnen werken rond preventie van psychische problemen, vroegdetectie en vroeginterventie. Dit door bijvoorbeeld het inzetten van zorgleerkrachten, door de Centra voor Leerlingenbegeleiding of door het organiseren van themadagen of trainingen. Verschillende organisaties bieden informatie, vormingsmogelijkheden en workshops aan, zowel voor scholen, jongeren, als voor ouders. Deze initiatieven vallen alleen maar toe te juichen, al blijkt uit de praktijk dat deze initiatieven te vrijblijvend zijn en dat het veelal afhangt van de interesse en ruimte die ouders en scholen hebben om deze vormingen te organiseren en/of hieraan deel te nemen (Van Laere, 2016).

Zoals in de literatuurstudie vermeld, zoekt men vaak pas naar (laagdrempelige) psychische ondersteuning en hulpverlening op het moment dat er zich psychische problemen manifesteren.

Zo zijn er ondersteuningsinitiatieven zoals Similes, Zelfmoord1813 en Familieplatform die preventieve en laagdrempelige informatie, tools en ondersteuning bieden voor ouders van kinderen met een psychische kwetsbaarheid, maar die vaak pas worden geconsulteerd op het moment waarop de problemen opgemerkt worden. Voor jongeren zien we een soortgelijke vraag en aanbod; organisaties zoals TEJO, Awel en OverKop worden vaak pas geconsulteerd op momenten waarop zich problemen voordoen, maar bieden evengoed vormingen aan gericht op preventie, zowel voor scholen, ouders als voor hulpverleners (Awel vzw, z.d.; Familieplatform Geestelijke Gezondheid vzw, 2018; Similes, z.d.; TEJO, z.d.).

“De eerste confrontatie er mee komt als een golf over je heen. Er ontstaat chaos in je eigen hoofd in de vorm van veel vragen.”

– Getuigenis moeder van een jongere (“Moeder van een psychisch kwetsbare jongere.”, z.d., z.p.)

Verder blijkt dat het huidige ondersteuningsaanbod zich vaak richt op één specifieke doelgroep, namelijk of op scholen, en dan voornamelijk op leerlingen gericht, of op ouders, maar dan buiten de schoolcontext om. Een geïntegreerde vormingssessie voor zowel kinderen als ouders en waarbij de focus ligt op preventie, vroegdetectie en vroeginterventie, lijkt te ontbreken. Doordat scholen de vrijheid hebben al dan niet een vorming te organiseren, en ouders evenzeer de vrijheid hebben om al dan niet op zoek te gaan naar informatie of deel te nemen aan een vorming, bereikt men slechts een kleine groep mensen, vooral dan diegenen die geïnteresseerd zijn, die actief op zoek gaan en die weten waar ze hulp vinden. De moeilijk bereikbare groepen, die vaak ook kwetsbaarder zijn en van nature moeilijker toegang vinden tot hulp, zullen ook minder makkelijk toegang vinden tot en aansluiten bij dergelijke ondersteunings- en vormingsmomenten.

2.2.2 Implementatie van een geïntegreerd vormingsaanbod geestelijke gezondheid voor kinderen, ouders en leerkrachten in de leerplannen van het basis- en secundair onderwijs

Bovenstaande bevindingen zetten ertoe aan om een voorstel te formuleren tot het opnemen van een geïntegreerd vormingsmoment voor kinderen, jongeren en ouders binnen de leerplannen van het basis- en secundair onderwijs. Dit moet ervoor zorgen dat scholen, ouders, kinderen en jongeren versterkt worden in hun capaciteiten om met psychische moeilijkheden om te gaan. Tevens moet dit voorstel zorgen voor een open school- en gezinsklimaat, waarbinnen actief aan preventie wordt gedaan, waarin kinderen, ouders en scholen signalen snel kunnen herkennen en opmerken en waarbinnen er ruimte is om hulp te vragen. Tot slot moet dit geïntegreerd vormingsmoment erin resulteren dat men weet welke psychische hulpverlening er bestaat en waar men voor welk probleem moet aankloppen. Deze laatste doelstelling komt verder aan bod binnen het tweede deel van deze veranderingsstrategieën, namelijk het verbeteren van transparantie, continuïteit en toegankelijkheid van het hulpverleningsaanbod.

Voor de praktische invulling en uitwerking van een dergelijk vormingsaanbod, verwijs ik naar het schoolaanbod van TeGek!?, het vroegere Steunpunt Geestelijke Gezondheid. Hun aanbod bestaat uit een flexibel, divers en breed lessenpakket, gericht op het bespreekbaar maken van psychische problemen en met een sterke focus op krachten en beschermende factoren. De meerwaarden van dit pakket zijn in de eerste plaats dat het gratis en onmiddellijk (via download) beschikbaar is. De diversiteit aan oefeningen en modules binnen het lessenpakket, zorgt er verder voor dat deze

vorming door leerkrachten makkelijk te implementeren is binnen de bestaande lessen en structuren op school. Tot slot biedt het lessenpakket niet enkel vorming aan op school, maar focust het op verbinding met het bredere netwerk rond de jongere door ouders of naasten te betrekken, bijvoorbeeld door middel van oefeningen om met de jongere in gesprek te gaan (TeGek!?, z.d.).

De beperking die dit lessenpakket heeft, is dat het ontwikkeld is voor en gericht is op jongeren uit het secundair onderwijs en hun ouders. Dit omdat psychische problemen zich vaak manifesteren tijdens de adolescentiefase. Toch dient inzetten op preventieve en laagdrempelige psychische ondersteuning niet enkel te gebeuren bij gezinnen met jongeren en in het secundair onderwijs, maar ook bij gezinnen met baby's en peuters, in het basisonderwijs en bij uitbreiding de kinderopvang. Infant Mental Health probeert om al vanaf de geboorte, of zelfs vanaf de conceptie, aandacht te besteden aan mentale gezondheid, preventie, vroegtijdige detectie en ondersteuning van zowel ouders als (heel) jonge kinderen. Hierbij is er bijzondere aandacht voor de context. Optimale emotionele ontwikkeling komt immers tot stand in een veilige omgeving waar ruimte is om te leren. Dit kan alleen wanneer er sprake is van stabiele gehechtheid en een vertrouwde, warme relatie tussen het kind en de verzorger(s). De eerste levensjaren zijn zeer bepalend voor de verdere ontwikkeling van het kind, maar ook voor de ouders. Door ouders van begin af aan te ondersteunen, door in te zetten op de krachten van het gezin en door snel hulp te bieden wanneer nodig, zorgt men ervoor dat mogelijk toekomstig leed wordt vermeden of beperkt. Momenteel worden er verschillende manieren van aanpak uitgetest om Infant Mental Health beter te implementeren in de praktijk, onder meer bij de CGG's en de Huizen van het Kind, bijvoorbeeld spelenderwijs of door het organiseren van consulten voor professionals en gezinnen (Vermeulen, 2018).

Het lessenpakket en ondersteuningsaanbod voor scholen van TeGek!?, of een gelijkaardig alternatief of vorming, implementeren als vaste waarde in de leerplannen van het basis- en secundair onderwijs en verder uit te breiden met een verplicht vormingsmoment voor ouders over psychische problemen, zorgt voor psycho-educatie bij zowel jongeren, ouders en leerkrachten. Door dergelijke vorming op te nemen in het leerplan en als verplicht moment voor ouders te organiseren, worden tevens de kwetsbare en moeilijker bereikbare doelgroepen toch bereikt.

De implementatie van een dergelijke vorming kan binnen de schoolcontext bijdragen aan het creëren van een open en veilig school- en leefklimaat. In combinatie met bijscholingsmomenten rond psychisch welzijn voor (zorg)leerkrachten, kan dit een basis vormen voor het creëren van een draaiboek voor mentaal welzijn op school, hetgeen door Klasse wordt aanbevolen en waarop in een vorig hoofdstuk reeds dieper op werd ingegaan. Een dergelijk draaiboek en plan van aanpak voorziet er in dat signalen tijdig worden opgemerkt door leerkrachten en/of worden aangegeven door leerlingen, dat leerkrachten en leerlingen weten wie men kan en moet contacteren bij problemen en dat er een degelijk plan van aanpak is bij crisismomenten of bij schooluitval van een leerling door psychische problemen (Van Laere, 2016).

2.2.3 Meerwaarde van vormingen gericht op preventie en eenmalige interventies

Het spreekt voor zich dat een eenmalig vormingsmoment en het inzetten op preventie en vroeginterventie niet het allesoplossende antwoord biedt op de soms moeilijke, complexe psychische problemen en de daarbij horende uitdagingen waar jongeren, ouders en scholen mee kampen. Desalniettemin werd het belang van preventie, vroegdetectie en –interventie in de literatuurstudie al aangetoond. Hierop sterk inzetten resulteert in vermindering van psychische klachten en problemen, zowel in ernst als in aantal, doordat er tijdig hulp kan worden geboden en doordat de context gewapend is met kennis, inzichten en vaardigheden en zo een belangrijke rol kan spelen en opnemen in de ondersteuning van de jongere.

Uiteraard blijft het belangrijk om op regelmatige basis, zo niet continu, te werken aan geestelijke gezondheid op school, in de gezinscontext en in de maatschappij. Dit wil echter niet zeggen dat een eenmalig vormingsmoment weinig nut heeft, integendeel. Schleider en Weisz deden in 2017 onderzoek naar het preventieve en curatieve effect van eenmalige interventies, zoals een workshop, themadag, of een éénmalig contactmoment met een hulpverlener. De eenmalige interventies die jongeren kregen of volgden, in de literatuur *Single Session Interventions* of kortweg SSI's genoemd, hebben een gunstig effect op het psychische welbevinden. Dit effect was slechts iets 'minder' goed dan het effect van meerdere therapeutische sessies. Verder blijkt dat eenmalige interventies die jongeren zelf kunnen toepassen, een even gunstig effect hebben als eenmalige interventies waarbij een therapeut betrokken is. Het onderzoek hiernaar is slechts beperkt en bevat bovendien enkele bedenkingen. Zo lijken SSI een beter curatief dan preventief effect te hebben en werd het effect van de interventie veelal gemeten op de dag zelf. Desalniettemin zijn dit hoopgevende resultaten en kunnen dergelijke interventies makkelijk in scholen georganiseerd worden (Van Dee & Deschamps, 2017).

2.3 Strategieën voor meer transparantie en continuïteit in de hulpverlening en om wachttijden weg te werken

2.3.1 Centraal aanmeldpunt: naar meer transparantie en zorgcontinuïteit

Om tot een gestructureerd overzicht van en een betere continuïteit in de geestelijke gezondheidszorg te komen, kan het oprichten van een indicatiestellingsplaats een oplossing zijn. Bij zo een centraal punt (al dan niet regionaal of provinciaal) komen alle psychische hulpvragen en aanmeldingsvragen terecht, van waaruit cliënten en verwijzers rechtstreeks naar de juiste, nodige en beschikbare hulp kunnen worden toegeleid. Dit zorgt voor een beter overzicht en meer transparantie. Men weet waar men terecht kan en waar men zich moet aanmelden. Hierdoor worden cliënten sneller geholpen en krijgen zij sneller passende hulp. Door een dergelijk dispatchingsysteem worden hulpvragen en aanmeldingen door het aanmeldingspunt gefilterd en uitgezuiverd, hetgeen de organisaties werk bespaart en hetgeen kan voorkomen dat cliënten op meerdere wachtlijsten tegelijk staan (Werkgroep Wachttijden SGGG, 2020; De Grave et al., 2021). Federaal minister van Volksgezondheid Frank Vandenbroucke bevestigde tijdens de Staten Generaal Geestelijke Gezondheid van 2021 de nood aan centrale aanmeldpunten en pleit ervoor om dergelijke 'kruispunten' te organiseren van waaruit cliënten snel en adequaat naar de juiste hulp worden doorverwezen, eventueel met behulp van de eerstelijnspsychologen (Van den Broeck, Catthoor & Matthys, 2021).

Binnen het zorgnetwerk van de regio Turnhout, bestaat er een centraal aanspreekpunt in de vorm van een aanmeldingsteam. Bij dit aanspreekpunt kunnen professionele verwijzers terecht met specifieke casusvragen. Een medewerker van het aanmeldingsteam zoekt samen met de verwijzer naar geschikte en beschikbare hulp voor de cliënt en biedt wanneer nodig kortdurende crisisbegeleiding aan. Daarnaast biedt het aanmeldingsteam coaching aan (algemene) hulpverleners die in contact komen met een cliënt met een psychische problematiek. Het meldpunt centraliseert de verschillende GGZ-actoren binnen het netwerk, hetgeen transparantie, samenwerking en continuïteit bevordert en waardoor *stepped care* en *matched care* beter gerealiseerd kunnen worden. Dit aanmeldpunt richt zich evenwel enkel op volwassenen en bestaat voorlopig enkel binnen deze regio (Netwerk GGZ Kempen, z.d.).

Het centraliseren van aanmeldingen en hulpvragen voor kinderen en jongeren wordt voorlopig enkel gedaan in de crisiszorg en jeugdzorg. Dit in de vorm van regionale crisismeldpunten (CMP), die een samenwerkingsverband zijn tussen IJH en GGZ en in de vorm van het Centraal Aanmeldingspunt (CAP), waar de beschikbare capaciteit van de gemeenschapsinstellingen gecentraliseerd staat. Voor psychische hulpvragen van minderjarigen, die geen crisis- of jeugdzorgvragen zijn, bestaat momenteel nog geen centraal aanmeldpunt (PANGG 0-18, 2021).

2.3.2 Geïntegreerd Breed Onthaal voor de geestelijke gezondheidszorg

Voortbouwend op het creëren van een centrale indicatiestellingsplaats, is het concept van het Geïntegreerd Breed Onthaal (GBO). De reeds bestaande GBO's verbinden op regionaal niveau verschillende sociale en maatschappelijke diensten, zoals een OCMW en een CAW. Een dergelijk samenwerkingsverband moet zorgen voor een betere uitwisseling tussen de verschillende actoren, het bundelen van krachten en het snel en gericht toeleiden van cliënten naar de nodige en juiste hulpverlening. Hulpvragen worden gecentraliseerd en door de multidisciplinaire samenwerking tussen de verschillende actoren kunnen de organisaties ook bij complexe problemen hulp bieden (Debouver & Cautaers, 2016).

De verschillende actoren in de geestelijke gezondheidszorg zijn momenteel nog niet gekoppeld aan de GBO's. Nochtans kan dit ervoor zorgen dat binnen deze sector de zorgcontinuïteit verbetert en dat er een duidelijker overzicht is van de diverse en beschikbare hulp in een regio. Binnen sommige GBO's, zoals Kruispunt in regio Antwerpen, zijn al wel enkele GGZ-organisaties betrokken, maar slechts zeer beperkt. Daarnaast zorgt een GBO voor de GGZ ervoor dat wachtlijsten verkorten doordat er gericht wordt aangemeld en wordt doorverwezen. Verder bevordert een GBO de samenwerking tussen de verschillende actoren en gaat het versnippering van het hulpverleningslandschap tegen. Daarnaast biedt een GBO de kans om de principes van *stepped care* en *matched care* beter te kunnen inzetten (Werkgroep Wachtlijden SGGG, 2020).

De bedoeling is dat iedereen met een hulpvraag, dus niet enkel verwijzers, bij het GBO terecht kunnen. Op die manier vervult het GBO een belangrijke eerstelijnsfunctie. Binnen een GBO is het de bedoeling dat er met één dossier gewerkt wordt, waarin alle relevante informatie terecht komt en dat, mits toestemming van de cliënt, aan de betrokken hulpverlening wordt doorgegeven. Zo gaat relevante informatie niet verloren en moet de cliënt niet telkens opnieuw zijn verhaal doen. Verder komt een cliënt na afloop of na het niet-slagen van de hulpverlening, terug bij het GBO terecht, wat ervoor zorgt dat cliënten met een zorgvraag niet door de mazen

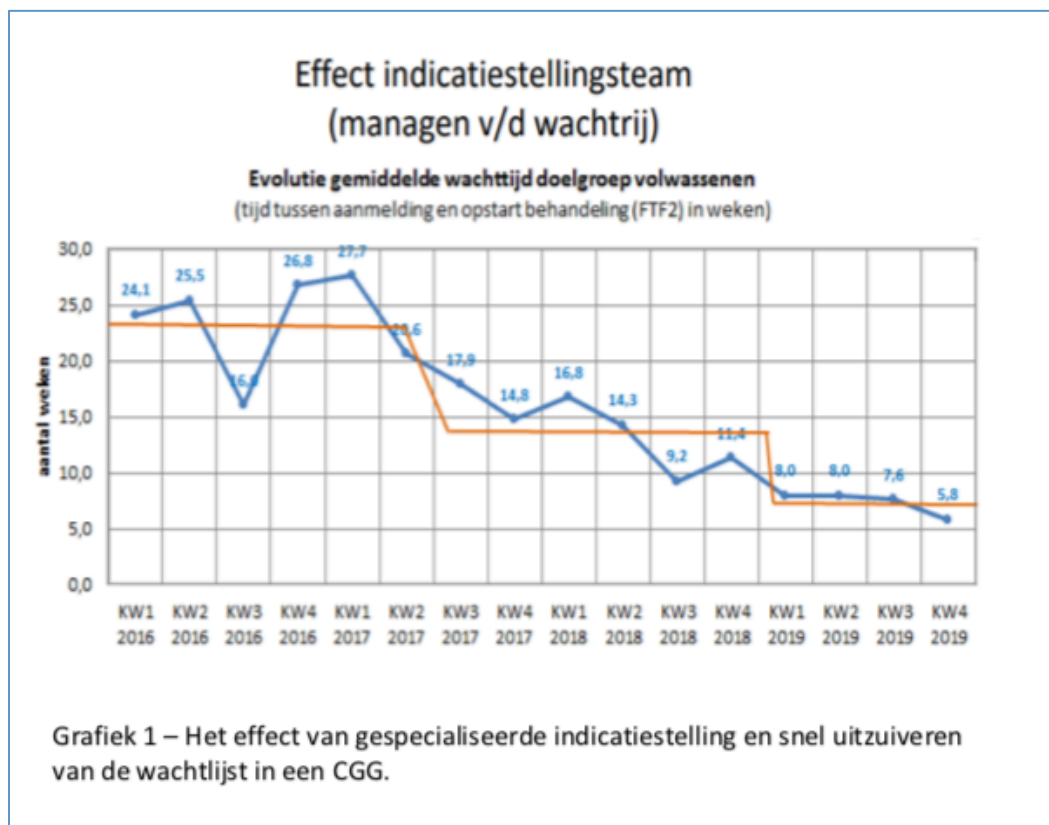
van het net glippen en zonder hulp vallen. Op deze manieren wordt de zorgcontinuïteit verbeterd en fungeert het aanmeldingsteam als trajectbegeleider en –opvolger (Werkgroep Wachttijden SGGG, 2020).

Idealiter zou er in elke regio en/of binnen elk 107-netwerk een GBO voor de gehele sector GGZ worden uitgewerkt, dat in elke regio op min of meer dezelfde manier te werk gaat. Dit kan door de diensten GGZ aan de bestaande GBO's te koppelen, of door afzonderlijke GBO's op te starten die specifiek de diensten GGZ overkoepelen en samenbrengen. Belangrijk hierbij is dat er niet enkel een centraal aanmeldpunt wordt uitgewerkt voor de doelgroep volwassenen, maar dat er ook voor minderjarigen een centrale indicatiestellingsplaats met dispatchingsysteem gecreëerd wordt (Werkgroep Wachttijden SGGG, 2020).

2.3.3 Wachttijden aanpakken

Om de wachttijden grondig aan te pakken en terug te dringen, is het van belang om op alle drie de domeinen (organisatie, doorstroom en capaciteit) in te zetten. Het oprichten van een centraal meldpunt of indicatiestellingsplaats, zorgt er, naast het creëren van meer transparantie en een betere continuïteit, voor dat de wachtrijen die zich eventueel vormen reeds zijn uitgezuiverd. Met andere woorden: wachtlijsten die zich vormen bij bepaalde actoren, nadat cliënten via een indicatiestellingspunt naar hen worden toegeleid, bestaan uit cliënten die effectief die hulp nodig hebben. Op deze manier wordt vermeden dat personen zich op een wachtlijst bevinden voor hulp die niet voldoet aan hun noden of enkel voor een verdere doorverwijzing of met vragen. Hierdoor worden er nog steeds evenveel mensen binnen eenzelfde tijdsbestek geholpen, maar zijn ze wel sneller aan de beurt. Door het samenwerken en centraliseren van verschillende actoren, en door vroegtijdige screening en verwijzing, kan de eerste oorzaak van wachttijden, namelijk de verbrokkelde organisatie van de GGZ, worden aangepakt (De Grave et al., 2021).

Figuur 1 – Effect van indicatiestelling op wachttijd (Werkgroep Wachttijden SGGG, 2020).

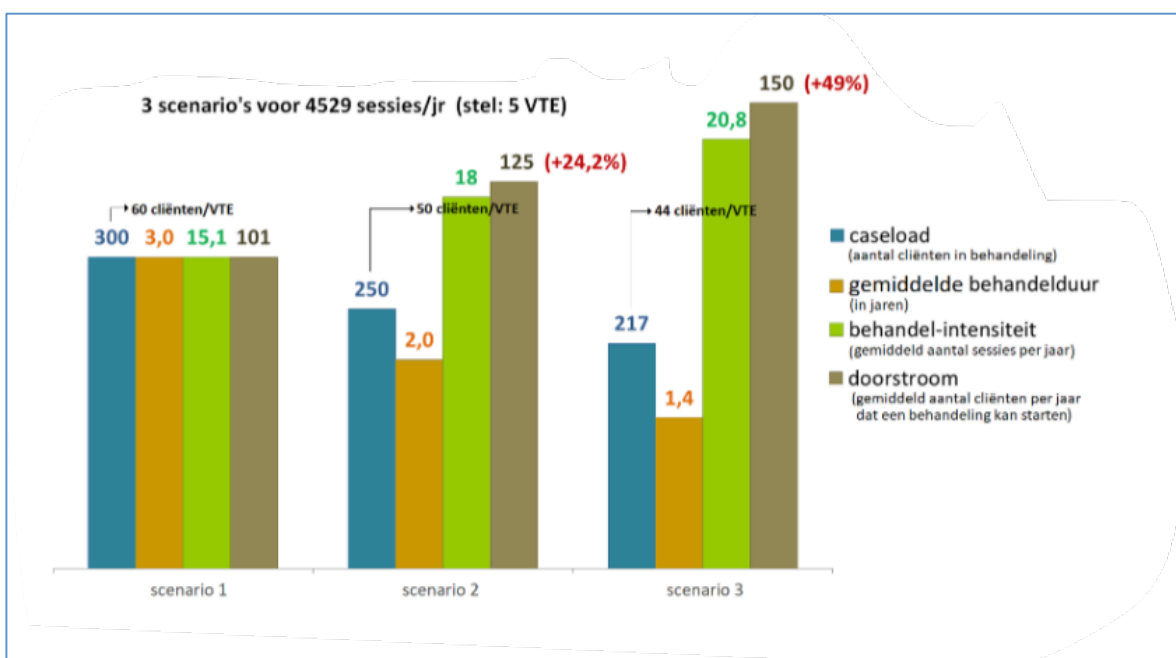


De tweede oorzaak van wachttijden houdt verband met de doorstroom van cliënten binnen de actoren en het afronden van hulpverlening. Wanneer er een grotere instroom van cliënten is dan het aantal cliënten dat doorstroomt en bijgevolg uitstroomt, vormen er zich wachtlijsten. Hiervoor is het reduceren van de behandelduur van belang, evenwel zonder dat dit een negatieve invloed heeft op de kwaliteit en outcome van de hulpverlening. Concreet kan dit door intensiever te behandelen en cliënten te durven loslaten. Hierdoor komt er een betere doorstroom en uitstroom van cliënten en kunnen nieuwe cliënten sneller instromen (Wergroep Wachttijden SGGG, 2020; De Grave et al., 2021).

Het intensifiëren van zorg heeft daarnaast nog andere voordelen. Zo wordt de behandelduur ingekort en daarmee gepaard gaande mogelijks de duur van eventuele werkonbekwaamheid. Daarnaast zorgt het intensifiëren van ambulante of mobiele hulpverlening ervoor dat deze hulp beter voldoet als alternatief voor een residentiële behandeling. Verder zorgen intensievere hulpverlening en meer contactmomenten ervoor dat er sneller kan worden ingespeeld op een mogelijke of nakende crisis. Naast voordelen in de ambulante en mobiele hulpverlening, biedt intensifiëring van de zorg voordelen binnen een residentiële setting. Cliënten worden korter, maar intensiever behandeld, waardoor er beter kan worden ingezet op nabijheid, empowerment en veiligheid tijdens een opname. Hierdoor kunnen vrijheidsbeperkende maatregelen vermeden worden en is er sneller plaats voor nieuwe cliënten. Het intensifiëren van residentiële hulpverlening is tevens één van de functies van de 107-hervormingen (UPC KU Leuven, z.d.-c).

Onderstaande figuur geeft een voorbeeld van hoe intensifiëring tot een betere doorstroom en dus een hoger aantal geholpen cliënten kan leiden, berekend op 4529 contactmomenten/sessies per jaar bij in totaal vijf voltijdse hulpverleners. Om dit te bepalen wordt er, onder meer door de CGG's, gebruik gemaakt van 'Little's Law', een wiskundige wet om wachtrijen mee te bereken (De Grave et al., 2021).

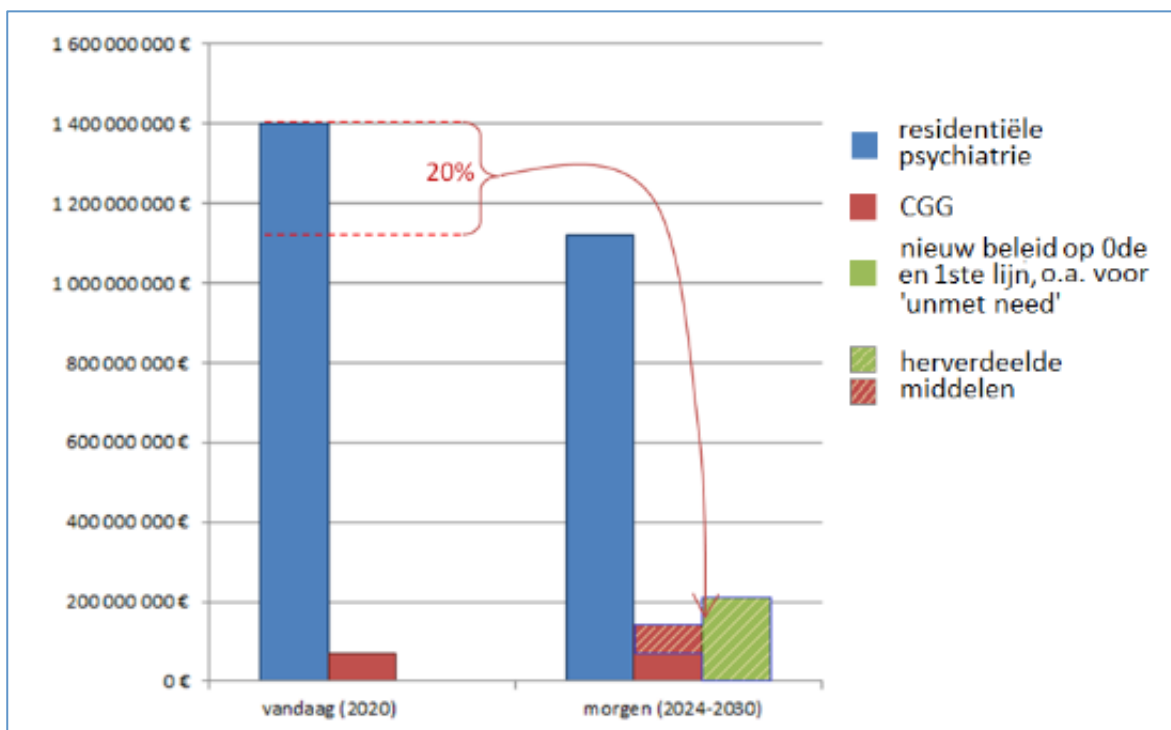
Figuur 2 – Effect van intensifiëring op doorstroom (Wergroep Wachttijden SGGG, 2020).



Belangrijk hierbij is dat zorg op maat nog steeds het streefdoel is. Hoe lang en intensief een behandeling is, hangt nog steeds nauw samen met de noden van cliënten. Desalniettemin wordt aandacht besteed aan deze variabelen binnen het zorgbeleid ervoor dat de gemiddelde behandelduur daalt en dat het aantal cliënten dat geholpen wordt binnen een tijdsbestek, net zoals de intensiteit van het aantal cliëntcontacten, toeneemt (De Grave et al., 2021).

De derde oorzaak van wachttijden is de beperkte capaciteit, zeker in de nulde-, eerste- en tweedelijnszorg. Om deze oorzaak aan te pakken, zijn niet alleen méér financiële middelen nodig, maar net zo goed een grondige herverdeling van de bestaande middelen. Slechts 6% van de middelen voor de totale gezondheidszorg gaat naar geestelijke gezondheidszorg. Wel werd er in juli 2020 door het federale parlement een resolutie aangenomen op dit op te trekken naar 12%. Van het totale budget voor GGZ gaat in ons land 80% naar residentiële GGZ (De Grave et al., 2021). Slechts 5% gaat naar de CGG's. In andere landen, onder meer in Nederland, is het budget voor ambulante zorg en residentiële zorg ongeveer evenwaardig verdeeld. Door 20% van het residentiële budget te gebruiken voor ambulante en mobiele hulpverlening, worden wachtlijsten ingekort, opnames vermeden en kunnen we meer mensen met een psychische kwetsbaarheid bereiken. Desondanks blijven we zelfs daarna, met een 60/40 verhouding van financiële middelen ten voordele van de residentiële hulp, nog steeds bij de koplopers wat betreft het aantal psychiatrische bedden (Werkgroep Wachttijden SGGG, 2020).

Figuur 3 – Herverdeling budget GGZ



Het aanpakken van de wachttijden is een zaak van iedereen, al is het in de eerste plaats een zaak op macroniveau. De overheid is verantwoordelijk voor de verdeling en toekenning van (financiële) middelen en voor een groot deel van de (re)organisatie en het beleid inzake geestelijke gezondheidszorg. Maar niet enkel op macroniveau kunnen wachttijden worden aangepakt, ook binnen de organisaties en door de hulpverleners individueel. Dit door bijvoorbeeld hun werking zo te organiseren dat cliënten snel een antwoord krijgen op (hulp)vragen en door de cliënt een behandeling op maat te bieden. Zo wordt onderbehandeling maar ook overbehandeling vermeden, verbetert de kwaliteit van zorg en worden wachtlijsten ingeperkt (Werkgroep Wachttijden SGGG, 2020).

2.4 Besluit

Deze veranderingsstrategieën kunnen zowel op micro-, meso- als macroniveau zorgen voor een betere en meer efficiënte toegang tot hulp. Op microniveau ligt de focus op het creëren en verbeteren van een open klimaat, zowel op school als in het gezin, waarin ruimte is om over psychische problemen te praten. Verder leidt het implementeren van een vormingsaanbod rond psychische problemen ertoe dat ouders en jongeren versterkt worden in het aangeven en signaleren van psychische problemen en dat zij vaardigheden aangereikt krijgen om hier op een gepaste manier mee om te gaan, al dan niet met ondersteuning van externen. Ditzelfde geldt voor scholen en leerkrachten; ook hier wordt een open klimaat gecreëerd en worden leerkrachten begeleid in het signaleren en ondersteunen van psychische moeilijkheden bij kinderen en jongeren.

Naast het aanreiken van vaardigheden en psycho-educatie, is het belangrijk dat jongeren, ouders en leerkrachten weten wanneer er externe hulp nodig is en waar men die hulp moet zoeken en kan vinden. De gezinnen en scholen hierin wegwijs maken en voorzien in een goede doorschakeling en doorstroming naar verdere hulpverlening, vormt een tweede belangrijke stap om een efficiëntere toegang tot hulpverlening te bekomen. Op macroniveau is het hierom belangrijk dat het hulpverleningsaanbod overzichtelijker en meer gestructureerd wordt, dat er transparantie is wat betreft het aanbod en beschikbaarheid van hulpverlening en dat wachtlijsten en hiaten gedurende het proces zoveel als mogelijk worden voorkomen. Vervolgens kan men op mesoniveau deze doelstellingen nastreven door gerichte toeleiding naar en afstemming tussen de verschillende actoren.

3 Veranderingsstrategieën met betrekking tot spoedeisende psychiatrische hulpverlening voor kinderen en jongeren

3.1 Inleiding

De praktijkgerichte probleemverkenning toonde aan dat crisis- en urgentiehulpvragen bij acute psychische problemen vaak niet adequaat beantwoord worden. Het lijkt in de eerste plaats te ontbreken aan een degelijk overzicht van beschikbare hulp en in het verlengde daarvan aan een dispatchingsysteem om de beschikbare hulp aan de hulpvragen te koppelen. Dit is niet enkel in de crisis- en urgentiepsychiatrie het geval, maar ook in de algemene geestelijke gezondheidszorg. Een vorig hoofdstuk zoomde reeds dieper in op deze problematiek en op mogelijkheden om het hulpverleningslandschap transparanter en overzichtelijker te maken, zowel voor hulpverleners als voor hulpvragers.

Vanuit de praktijkgerichte probleemverkenning kwam volgende doelstelling naar voren: toegankelijke crisishulp garanderen die vertrekt vanuit het subsidiariteitsprincipe, waarbij spoeddiensten en –medewerkers worden gesensibiliseerd en worden opgeleid om tegemoet te komen aan psychische hulpvragen en noden van jongeren en hun gezin met een psychische crisis.

Deze doelstelling situeert zich in de eerste plaats op macro- en mesoniveau, dit respectievelijk door het op beleidsniveau organiseren van toegankelijke crisishulpverlening en door het gericht doorverwijzen en samenwerken tussen verschillende actoren die crisishulp aanbieden. Belangrijk hierbij is dat zowel hulpverleners als gezinnen zelf weten waar ze met een crisishulpvraag terecht kunnen. Verder omvat de doelstelling een aspect dat focust op de verbetering van interactie en communicatie tussen spoedmedewerkers en cliënten. Dit aspect leidt tot een betere hulpverlening op microniveau, in contact met cliënten, maar sensibilisering kan plaatsvinden op alle drie de niveaus.

3.2 Strategieën voor het creëren van toegankelijke, snel inzetbare en adequate crisis- en urgentiehulpverlening bij acute psychische problemen

Zoals hoger reeds aangehaald, kan het wegwerken van toegankelijkheidsproblemen zoals hoge kosten en lange wachttijden in de eerste- en tweedelijnszorg, in veel gevallen voorkomen dat problemen escaleren en dat er meer ingrijpende hulp nodig is. Hierop inzetten kan zorgen voor een reductie van het aantal crisishulpvragen en heeft tot gevolg dat de crisishulp die reeds bestaat niet overbevroegd wordt en bijgevolg dichtslibt. Grondige hervormingen, die de bestaande hulpverlening in kaart kunnen brengen en waarbij er een vlotte doorstroming gegarandeerd wordt, vormen samen met een herziening en herverdeling van financiële middelen de basis. Dit preventieve luik werd reeds uitgediept in een vorig hoofdstuk.

De focus ligt in dit hoofdstuk op de concrete uitbouw van een crisishulpverlening voor GGZ-problematieken die 24/7 beschikbaar is en kan worden ingezet wanneer nodig, ook in urgentiesituaties. Aanbevolen is om deze urgentiehulp onder te brengen binnen de reeds bestaande crisiszorgprogramma's van de provinciale zorgnetwerken. Dit enerzijds omdat er binnen deze zorgprogramma's al maximaal wordt ingezet op subsidiariteit, stepped-care en matched-care, door veelal outreachend en contextgericht te werk te gaan. Verder hebben niet

alleen de minderjarigen zorgnoden, maar geldt dat evenzeer voor hun ouders en familieleden. Door mobiel en gezinsgericht te werken kan ook aan hun hulpvragen tegemoet worden gekomen en kunnen zij mee begeleid worden in het ondersteunen van hun kind (Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, 2015b). Anderzijds zorgt het uitwerken van een permanent aanbod aan crisis- en urgentiehulp binnen de zorgnetwerken ervoor dat men op het reeds bestaande aanbod kan verder bouwen en dat er maximale intersectorale samenwerking is tussen alle partners in een regio en binnen de netwerken.

3.2.1 Het crisismeldpunt voor minderjarigen: verdere integratie en uitbouw van het aanbod geestelijke gezondheidszorg binnen de crisismeldpunten van Integrale Jeugdhulp

Zoals in de literatuurstudie beschreven, bestaat er binnen elk provinciaal netwerk geestelijke gezondheid een meldpunt waar aanmelders, in de meeste gevallen hulpverleners, terecht kunnen met crisishulpvragen van minderjarigen. Dit crisismeldpunt is 24/7 telefonisch beschikbaar en behandelt crisisvragen op het gebied van zowel jongerenwelzijn als geestelijke gezondheid. In theorie gaat het hier over een geïntegreerd meldpunt, dat zowel crisishulp uit de IJH aanbiedt als uit de GGZ. In de praktijk blijkt dat deze integratie, zelfs in theorie, nog onvoldoende is uitgebouwd. Zo komen de crisishulpvragen waarbij een psychische problematiek op de voorgrond staat, net zoals jeugdhulpvragen, bij dit meldpunt terecht. Het meldpunt zelf kan evenwel geen psychische crisishulp aanbieden en verwijst hiervoor door naar andere partners binnen het netwerk, veelal naar de permanenties van de mobiele crisisteam voor minderjarigen of naar (psychiatrische) ziekenhuizen. De mobiele crisisteam zijn weliswaar enkel bereikbaar en beschikbaar tijdens de kantooruren. Daarbij komt dat zij nagenoeg nooit kunnen opstarten binnen de 24 uur. Zelf hanteren zij een opstartgrens van één week. Indien er binnen de week geen opstartmogelijkheden zijn, wordt er telefonisch met de aanmelder gezocht naar andere mogelijkheden. Deze andere mogelijkheden zijn vaak het mobiliseren en samenbrengen van de reeds aanwezige hulpverlening. Het later laten terugbellen of de cliënt op een wachtlijst plaatsen, wordt niet gedaan. Begrijpelijk, aangezien crisishulp veronderstelt snel nodig te zijn en snel te moeten opstarten, en dat men door wachtlijsten dit hele idee de das om zou doen (PANGG 0-18, 2021).

Voor crisishulp bij verontrustende opvoedingssituaties en andere hulpvragen uit de jeugdzorg, kan het meldpunt zelf hulp inschakelen en aanbieden. Deze hulp kan bestaan uit kortdurende crisisinterventie of –begeleiding en start binnen de 24 uur op. Indien er geen opstartmogelijkheden zijn, zoeken zij samen met de aanmelder naar een andere oplossing. Voor kinderen en jongeren die een crisisbed nodig hebben, wordt onmiddellijk een bed gezocht, en – in nagenoeg alle gevallen – ook een gevonden. Het verschil met crisisvragen waarbij er een psychische problematiek overheerst, is dat men binnen jongerenwelzijn een perfect overzicht heeft van alle beschikbare crisisbedden en hulpmogelijkheden binnen de provincie. Binnen de psychische hulpverlening ontbreekt dit overzicht, zowel ambulante, mobiel als residentiële (PANGG 0-18, 2021).

Het beter integreren van het crisisaanbod GGZ binnen de meldpunten en het overzichtelijk maken van dit aanbod, kan ervoor zorgen dat er voor jongeren in psychische nood snellere en betere hulp gevonden wordt. Concreet kan dit voor residentiële psychiatrische crisishulp door het aantal beschikbare en bezette bedden op te lijsten, net zoals nu reeds het geval is voor crisisbedden

binnen jeugdzorg. Daar wordt een vast aantal bedden gereserveerd voor crisishulpvragen en bieden organisaties bijkomend bedden aan op basis van beschikbaarheid. Dit ook doen voor psychiatrische bedden in de kinderpsychiatrie, kan ervoor zorgen dat er voor kinderen in geval van nood sneller een bed wordt gevonden. In de praktijk wordt binnen de bestaande programma's crisiszorg van de netwerken voorzien in het vrijhouden van een minimumcapaciteit van 10% van het aantal kinderpsychiatrische bedden voor minderjarigen in crisis (Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2017). Uiteraard is ook hier doorstroom en uitstroom van belang om de capaciteit te optimaliseren. Toch kan het in kaart brengen van deze bedden ervoor zorgen dat er sneller een bed wordt gevonden én bovendien dat er een duidelijk overzicht is van de beschikbare én de benodigde capaciteit. Dit geeft verder een concreet beeld van de eventuele nood aan uitbreiding van het aantal crisisbedden.

Wat betreft de crisisbedden in de Integrale Jeugdhulp, blijkt uit de praktijk dat het extreem uitzonderlijk is dat er geen bed gevonden wordt voor een minderjarige. Aan zo goed als alle hulpvragen voor een crisisbed binnen jongerenwelzijn, wordt tegemoet gekomen. Indien niet binnen de regio, dan wel over provinciale grenzen heen, al is ook dit uitzonderlijk. Dit staat in schril contrast met de hulpvragen naar psychiatrische crisisbedden, waar vaak niet aan tegemoet kan worden gekomen en waardoor jongeren oftewel geen crisisbed krijgen, oftewel worden ondergebracht in de volwassenenpsychiatrie of in een politiecel (PANGG 0-18, 2021).

De ambulante, of veelal mobiele hulpverlening bij psychische crisissen, kan net zoals de residentiële hulp adequater geïntegreerd worden bij de bestaande meldpunten. Over hoe dit concreet dient te verlopen, bestaat nogal wat controverse. Een mogelijkheid zou zijn om een medewerker van een mobiel crisisteam werkzaam te stellen bij de crisismeldpunten, zodat deze medewerker meteen de GGZ-hulpvragen kan inschatten en indien geïndiceerd mobiele crisishulp aan huis kan opstarten. Een andere mogelijkheid bestaat er in om een afzonderlijk meldpunt op te zetten voor psychische crisisvragen. Dit heeft als nadeel dat het bij complexe hulpvragen niet altijd duidelijk is of het gaat om een hoofzakelijke GGZ-problematiek of IJH-problematiek, en dat beiden vaak samen voorkomen, waardoor integratie van beiden de voorkeur geniet (PANGG 0-18, 2021). Naast een telefonische permanentie is het belangrijk om in te zetten op een fysieke permanentie of wachtdienst van (mobiele) hulpverleners die in geval van urgentie de jongere onmiddellijk in zijn of haar thuissituatie ondersteuning kunnen bieden (Deboutte et al., 2010). In ieder geval zou het meldpunt ook 24/7 beschikbaar moeten zijn voor psychische crisishulpvragen en zou er, net zoals in de IJH, moeten gezorgd worden dat hulp snel kan worden opgestart, onmiddellijk indien nodig en minstens binnen de week.

3.2.2 De bestaande spoeddiensten als rechtstreeks aanmeldpunt bij acute psychische crisis

Aangezien de crisismeldpunten vaak enkel beschikbaar zijn voor aanmelders, en ouders of minderjarigen hier niet rechtstreeks een beroep op kunnen doen, is het belangrijk om een centraal aanspreekpunt te hebben wanneer zich een crisis of acute situatie voordoet. Dit kan de huisarts zijn, maar bij voorkeur een dienst die 24/7 beschikbaar is, zodat ouders en minderjarigen ook buiten de kantooruren in geval van psychische nood ergens terecht kunnen.

Het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg raadt om die reden aan om spoedeisende psychiatrische hulpverlening te organiseren vanuit of binnen de reeds bestaande algemene spoeddiensten, dit omdat deze gekend zijn bij de bevolking (Deboutte et al., 2010).

Gelet op de aanbevelingen in verband met het onderbrengen van urgentiehulpverlening binnen de crisismeldpunten voor minderjarigen en het betrekken van algemene spoeddiensten, kunnen spoeddiensten een rol opnemen in het doorverwijzen naar en inschakelen psychische crisis- of urgentiehulp. Concreet kunnen zij een rol opnemen bij de eerste opvang van minderjarigen in een acute psychische crisis. Op die manier vormen zij een primair en laagdrempelig aanspreekpunt, en kunnen zij indien nodig eerst tegemoet komen aan de eventuele lichamelijke complicaties en/of gevolgen van een psychiatrische crisis, zoals onder meer bij een suïcidepoging. Na stabilisatie van de fysieke toestand van de minderjarige, kan dan gespecialiseerde psychische urgentiehulp worden ingeroepen, afhankelijk van de noden ambulantly, mobiel of residentieel. Hierin kunnen de spoeddiensten fungeren als aanmelder bij het crisismeldpunt, waarbij de expertise van het meldpunt gebruikt kan worden om, samen met een spoedmedewerker, naar gepaste en adequate hulp te zoeken (Deboutte et al., 2010).

Nog een voordeel dat men bekomt bij het uitbreiden van de crisishulp met urgentiehulp, is dat dit de continuïteit van de hulpverlening ten goede komt. De mobiele teams kunnen zo worden ingezet vanaf de eerste psychiatrische urgentie, zowel outreachend (in de thuiscontext), als op de spoeddiensten of in de kinderpsychiatrie zelf (inreachend) en kunnen daarna de jongeren nog enkele dagen of weken crisisbegeleiding bieden in hun thuiscontext.

Om mobiele urgentiehulp te organiseren, is er een uitbouw van het zorgprogramma crisis nodig en van de mobiele crisisteams. Een 24/7 telefonische permanentie is in bijna elk zorgnetwerk aanwezig in de vorm van een crisismeldpunt (Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, 2015a). Naast een telefonische permanentie is het belangrijk om in te zetten op een fysieke permanentie of wachtdienst van mobiele hulpverleners die in geval van urgentie de jongere onmiddellijk in zijn of haar thuissituatie ondersteuning kunnen bieden (Deboutte et al., 2010).

3.2.3 Ondersteunen van spoedmedewerkers om psychische urgentiehelpvragen op te vangen

Spoedeisende psychiatrische hulpverlening kan niet los worden gezien van de werking van algemene spoeddiensten. Zoals hoger vermeld, wordt het aangeraden om ook voor psychische urgentiehelpvragen naar spoed te gaan. Dit enerzijds omdat de spoeddiensten 24/7 beschikbaar zijn en bekend zijn bij de bevolking (Deboutte et al., 2010). Anderzijds is er bij acute psychiatrische crisissen niet zelden een lichamelijke hulpnood, bijvoorbeeld bij een suïcidepoging, middelenmisbruik, bij een acute psychotische toestand, of bij een sterke hulpvraag naar psychofarmaca (Vancayseele et al., 2015).

Om op cruciale momenten gepast te kunnen omgaan met psychische problemen, is het belangrijk dat er op algemene spoeddiensten hulpverleners werken die naast een medische achtergrond ook kennis hebben van psychische problemen en manieren om hiermee om te gaan. Zo kunnen bijna onmiddellijk de fysieke én mentale hulpvragen beantwoord worden. Dit is onder meer het geval op de EPSI-spoedgevallen voor volwassenen, die ook op sommige algemene spoeddiensten werkzaam zijn (UPC KU Leuven, z.d.-a). In concreto kan het uitbouwen van de EPSI's naar de

doelgroep minderjarigen hier een oplossing bieden, net zoals het inzetten van psychiaters en/of psychologen van wacht om rechtstreeks in gesprek te gaan met de jongere en de ouders. Daarnaast kan het vroegtijdig inschakelen van mobiele urgentie- of crisisteams tijdens de (lichamelijke) behandeling op spoeddiensten een meerwaarde betekenen in het beantwoorden van psychische hulpnoden.

Uit onderzoek blijkt verder dat nog niet alle spoeddiensten werken met het Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Ondersteuning, (K)IPEO. Het beter bekend maken van deze tool en spoedmedewerkers trainen en ondersteunen bij de afname van dit semi-gestructureerde interview, kan de inschatting en ondersteuning van suïcidepogers op spoeddiensten verbeteren en biedt daarnaast een belangrijke meerwaarde bij het verzamelen van gegevens en bij wetenschappelijke onderzoeken. Uit onderzoek blijkt eveneens dat er op veel spoeddiensten wel het eerste deel van de vragenlijst wordt afgenomen, maar niet het tweede deel en het deel voor ouders. Dit zorgt voor een onvolledige inschatting, wat de ondersteuning van zowel het kind als de ouders niet ten goede komt (Vancayseele et al., 2015).

Tot slot bestaat de mogelijkheid dat spoedmedewerkers beroep doen op gespecialiseerde crisishulpverleners, bijvoorbeeld door het crisismeldpunt voor minderjarigen te contacteren. De hulpverleners bij het meldpunt kunnen de aanmelder ondersteunen bij het zoeken naar en aanbieden van gepaste crisishulp. Zoals hierboven vermeld, is het daarbij belangrijk dat de GGZ verder wordt geïntegreerd en uitgebouwd binnen de crisismeldpunten.

3.2.4 Aanbevelingen bij een crisisopname

De besproken onderzoeken en praktijkvoorbeelden geven weer dat men in geval van een (crisis)opname, niet steeds de patiëntenrechten respecteert en men evenmin gezinsgericht te werk gaat. Een duidelijke regelgeving over vrijheidsbepurende maatregelen zou in de eerste plaats traumatische ervaringen met afzondering en fixatie kunnen voorkomen, zowel voor de kinderen als voor de ouders en hulpverleners (Cools, 2017). Daarnaast kan het implementeren van cliënt- en contextgerichte werkingsprocessen in het beleid van het (psychiatrische) ziekenhuis, zoals bijvoorbeeld de herstelvisie, ervoor zorgen dat er op een positieve, ondersteunende manier wordt omgegaan met de cliënt en zijn of haar context (Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, 2011).

Hierbij dient er steeds de afweging te moeten worden gemaakt tussen het respecteren van het beroepsgeheim en het betrekken van de ouders of andere familieleden bij de zorg voor de minderjarige. Het respecteren van het beroepsgeheim is een belangrijk element in de hulpverlening, maar mag geenszins gebruikt worden door hulpverleners om zich hierachter verstoppen en op die manier de ouders in onwetendheid laten. Ouderbetrokkenheid kan ook zonder het verbreken van het beroepsgeheim gerealiseerd worden, door met de ouders in gesprek te gaan, hun zorgnoden in kaart te brengen en hierop de nodige ondersteuning te bieden.

De veranderingsstrategieën in het volgende hoofdstuk gaan dieper in op mogelijkheden om meer empowerment, nabijheid en menswaardige en gezinsgerichte zorg te realiseren, onder andere tijdens een (crisis)opname.

3.3 Besluit

Bovenstaande veranderingsstrategieën kunnen ervoor zorgen dat de eerder opgestelde doelstellingen, namelijk toegankelijke crisishulp garanderen die vertrekt vanuit het subsidiariteitsprincipe, waarbij spoeddiensten worden gesensibiliseerd en worden opgeleid om tegemoet te komen aan psychische crisishulpvragen, worden bereikt.

Het verder integreren van de geestelijke gezondheidszorg binnen de bestaande crisismeldpunten, met aandacht voor het uitbreiden van crisishulp naar een permanent bereikbare en snel inzetbare urgentiehulp, biedt voordelen op vlak van beschikbaarheid. Dit kan worden aangevuld met het in kaart brengen van de beschikbare bedden en plaatsen voor crisis- en urgentiehulp, zodat er een overzicht is van de beschikbare hulp. Dit overzicht biedt tevens kansen voor het beleid om na te gaan waar er zich hiaten in de hulpverlening bevinden en op welke manieren de crisishulpverlening moet worden uitgebreid of moet worden gereorganiseerd om tekorten of beperkingen aan te pakken.

Door de bestaande spoeddiensten te profileren als primair aanspreekpunt voor minderjarigen in crisis en hun omgeving, en door spoedmedwerkers op te leiden en bij te staan om met dergelijke situaties om te gaan, is het voor gezinnen duidelijk waar zij terecht kunnen en krijgen zij snel ondersteuning. Het sensibiliseren van allerhande hulpverleners over hoe op een empowerende en menswaardige manier om te gaan met een crisis, wordt in het volgende hoofdstuk verder uitgewerkt.

Al deze maatregelen verbeteren de toegankelijkheid van crisishulpverlening en faciliteren onderlinge samenwerking tussen verschillende actoren. Bovendien bevorderen deze maatregelen de continuïteit van de hulpverlening en wordt er actief gewerkt om beter tegemoet te komen aan de noden van minderjarigen in crisis en hun naasten.

4 Veranderingsstrategieën voor meer gelijkwaardigheid, participatie en empowerment in de geestelijke gezondheidszorg

4.1 Inleiding

Uit de praktijkgerichte probleemverkenning blijkt dat minderjarigen en hun ouders zich vaak niet op een gelijkwaardige en respectvolle manier benaderd voelen in contact met de geestelijke gezondheidszorg. De literatuurstudie toonde eveneens aan dat hulpverlening niet steeds empowerend te werk gaat en in sommige gevallen zelfs disempowerment en traumatisering tot gevolg heeft. Zorgen voor meer gelijkwaardigheid, participatie en empowerment in de relatie tussen hulpverlener en cliënt en in het hulpverleningsaanbod, kwam dan ook naar voren als de veranderingsdoelstelling met betrekking tot dit thema.

Een belangrijke voorwaarde om tot meer empowerment te komen, is inzetten op preventie. Hieronder worden enkele modellen en methodieken besproken die van bij de start van de hulpverlening kunnen worden ingezet en toegepast om de-escalerend te werk te gaan en om op moment van crisis op een menswaardige en helpende manier met cliënten om te gaan. Dit met als doel disempowerment en traumatisering te vermijden en dwang en vrijheidsbeperking zoveel als mogelijk te bannen. Verbindende communicatie, dialoog en het versterken van de therapeutische band staan centraal. Verder worden enkele aanbevelingen geformuleerd en gebundeld om periodes van afzondering humaner te laten verlopen, in afwachting van een volledige omschakeling naar een dwangvrije zorg. Tot slot werk ik één van onderstaande methodieken uit op niveau van kinderen en jongeren, waarin ik andere good-practices en werkingsmethoden integreer tot een bruikbaar instrument om voor meer empowerment, gelijkwaardigheid en participatie in de GGZ te zorgen.

4.2 Strategieën om kwaliteit van hulpverlening te verbeteren en om meer empowerment en participatie te genereren in de geestelijke gezondheidszorg

4.2.1 Empowerment in de brede hulpverlening: destigmatisering, sensibilisering en preventie

Om de cliënt als gelijkwaardige partner te beschouwen, is een grondige omwenteling van de GGZ nodig. De herstelvisie, krachtgericht werken, *patient empowerment* en *positive risk taking* (zie hieronder) zijn voorbeelden van nieuwe werkingsprincipes die binnen bestaande actoren worden geïmplementeerd (Eeckman, 2019; Linhorst, 2006; Van Regenmortel, 2009). Desalniettemin blijkt uit de geraadpleegde onderzoeken en getuigenissen dat deze theoretische concepten op praktijkniveau nog onvoldoende zijn uitgewerkt en dat er zich binnen de hulpverlening situaties voordoen waarbij cliënten gedisempowered worden of zelfs getraumatiseerd. Nochtans zijn deze concepten wetenschappelijk en ethisch onderbouwd en genereren zij, in de organisaties waarbij zij concreet zijn uitgewerkt, gunstige en zelfs betere resultaten dan de klassieke visies en werkmethoden. Dit geldt zowel voor cliënten, naasten als voor hulpverleners zelf (Hoge Gezondheidsraad, 2016).

De concepten bestaan en zijn reeds wetenschappelijk onderbouwd. Verdere verspreiding, sensibilisering, opvolging en controle door de zorginspectie kunnen ervoor zorgen dat deze theoretische visies bij verschillende actoren kunnen worden omgezet in concrete, praktijkgerichte

werk- en beleidsplannen. Daarnaast kan verdere sensibilisering over psychische problemen er in de brede samenleving voor zorgen dat stigma's en vooroordelen worden uitgeroeid. Deze komen immers vaak voort uit onwetendheid en angst. Werken aan geestelijke gezondheid op school en het creëren van meer openheid over psychische problemen, zoals besproken in het eerste hoofdstuk van de literatuurstudie, kunnen hierbij helpen. Tegelijkertijd zorgt een open klimaat ervoor dat problemen sneller kunnen worden gedetecteerd en besproken, en hierdoor minder de kans krijgen om te escaleren, hetgeen empowerment bij de cliënt bevordert en waardoor de druk op meer intensieve, gespecialiseerde zorg kan verminderen.

4.2.2 Crisis-, conflict- en agressiehantering: vroeginterventie en communicatie als leidraad voor een empowerende aanpak van crisissituaties

Dialogo, verantwoordelijkheid en gelijkwaardigheid zijn essentieel voor empowerment. Dit staat in schril contrast met het *'Control and Restraint'* principe dat in veel psychiatrische ziekenhuizen gebruikt wordt en waarin controle en bewaking de overhand heeft. Naast *Control and Restraint*, bestaat er ook het *Six Core Strategies*-model en het *Bergen Model*. In alle drie de modellen is een specifieke focus op fixatietechnieken aanwezig, zij het met kleine onderlinge verschillen in conflicthantering en therapeutische relatie, die evenwel niet leiden tot een significante daling van het aantal afzonderings- en conflictsituaties (Hoge Gezondheidsraad, 2016).

Om de principes van empowerment te implementeren en op crisismomenten empowerend te werk kunnen gaan, is preventie belangrijk. In plaats van pas in te grijpen op het moment dat er zich een acute crisis voordoet bij een cliënt, dient er meer aandacht te worden besteed aan preventie en aan het ontwikkelen van een sterke therapeutische band waarin openheid en dialoog centraal staan (Callens, Deboutte, Deproost, Vanhee, & Vanoverschelde, 2015). Ook het organiseren van vormingen voor hulpverleners over hoe er constructief kan worden omgegaan met agressie of gevaarlijke situaties, vormt een belangrijk deel van deze preventieve strategieën (Hoge Gezondheidsraad, 2016). Het *Safewards*-model en het *Positive Risk Taking*-principe onderschrijven het belang van preventie en gelijkwaardigheid in de hulpverlening. Klinisch onderzoek is beperkt, maar toont een duidelijke daling aan van het aantal agressie-incidenten en dwanginterventies (Hoge Gezondheidsraad, 2016).

Positive Risk Taking

Het *Positive Risk Taking*-principe werd door het psychiatrisch ziekenhuis Sint-Jozef in Pittem geïmplementeerd en vertrekt vanuit het idee dat een crisis kan zorgen voor persoonlijke groei en herstelbevordering. Belangrijk hierbij is dat zorgverleners op crisismomenten de regie bij de cliënt laten en de situatie niet overnemen. Hierdoor deelt de cliënt in de verantwoordelijkheid en staat gelijkwaardigheid centraal, hetgeen empowerment bevordert. Hulpverleners moeten de controle leren loslaten, wat evenwel niet betekent dat risico's de vrije loop worden gelaten. In samenspraak met de cliënt worden mogelijke risico's en oplossingen opgelijst. Deze risico's worden ingeperkt en gehanteerd door middel van preventie en signalering. Op momenten wanneer een crisis dreigt wordt er door de hulpverlening de-escalerend gecommuniceerd met de cliënt, om zo de crisis op een respectvolle, transparante en humane manier aan te pakken (Callens et al., 2015).

Wanneer er ondanks deze aanpak toch ernstig en acuut gevaar dreigt en geen andere oplossing mogelijk is, kunnen getrainde hulpverleners overgaan tot een 'fysieke holding' van enkele minuten om de cliënt tot rust te brengen. Pas indien dit geen soelaas biedt, kan afzondering worden toegepast, waarbij mechanische en chemische fixatie zo veel als mogelijk vermeden wordt (Callens et al., 2015).

Veiligheidsplan en crisiskaart

Een veiligheidsplan (ook wel crisis- of signaleringsplan genoemd) is een plan dat cliënt en zorgverlener(s) in onderling overleg opstellen. Het plan is opgedeeld in drie delen: het groene deel geeft weer wanneer de cliënt rustig is, wanneer er geen crisis is of dreigt. Het gele of oranje luik beschrijft hoe een crisis opkomt en het rode deel gaat over de effectieve crisismomenten. Sommige veiligheidsplannen voorzien in een vierde luik, het zwarte deel, wanneer een crisis acuut en vergevorderd is. Cliënt en hulpverlener lijsten in samenspraak bij elk deel op hoe de cliënt zich op dat moment voelt, wat hij denkt, welke gedragingen hij stelt, en wat hem op dat moment wel en niet helpt. Dit wordt besproken en genoteerd voor elk van de drie (of vier) delen van het plan. Daarbij kan er een onderscheid gemaakt worden tussen dingen die de cliënt zelf kan doen om rustig te blijven, om weer tot rust te komen of om een crisis te vermijden, alsook dingen die naasten kunnen doen (Emergo, 2019).

Een belangrijk onderdeel van het veiligheidsplan bestaat erin op te lijsten welke handelingen van anderen of van hulpverleners als helpend en als niet-helpend worden beschouwd en welke hulpverleners of instanties verwittigd kunnen worden bij een crisis. Hierdoor weten hulpverleners, die de cliënt in crisis soms niet (goed) kennen, wat voor hem of haar wel en niet werkt om met de crisis om te gaan (Cools, 2017; Emergo, 2019).

Soms wordt een veiligheidsplan opgenomen in een (elektronisch) patiëntendossier. Opdat hulpverleners en anderen tijdens crisismomenten weten wat ze kunnen doen om te helpen, is het van belang dat de cliënt duidelijk over het bestaande veiligheidsplan communiceert, zodat hulpverleners op de hoogte zijn van het bestaan ervan. Omdat dergelijke communicatie tijdens acute situaties niet altijd evident is, bestaat er de crisiskaart (Cools, 2017).

De crisiskaart ligt in het verlengde van het veiligheidsplan en wordt indien mogelijk door de cliënt in samenspraak met een hulpverlener ingevuld. Op zo een kaartje staat de belangrijkste informatie over de cliënt genoteerd, zoals naam, adres, huisarts, psychiater, medische gegevens en contactpersonen. Verder kan er ingevuld worden welke goede en slechte ervaringen de cliënt met (nood)medicatie heeft, hoe een crisis eruit ziet, hoe wel en niet te handelen bij een crisis of opname en welk ziekenhuis de voorkeur geniet wanneer een opname toch noodzakelijk blijkt. Het wordt aangeraden het kaartje in een portefeuille te bewaren, zodat men het steeds bij de hand heeft en aan anderen kan afgeven in geval van nood. Vooraan op het kaartje staat: *'Deze kaart geef ik u omdat ik in psychische nood verkeer. Lees hier wat er moet gebeuren.'* Zo weet iedereen waarvoor de kaart dient en wat het doel ervan is (Emergo, 2019).

Doordat de cliënt maximaal wordt betrokken bij het opstellen van een dergelijk veiligheidsplan en de bijhorende crisiskaart, verwerft de cliënt meer inzicht en verantwoordelijkheid in zijn eigen sterktes en kwetsbaarheden en neemt hij als volwaardig persoon deel aan zijn eigen herstel en

behandeling, hetgeen empowerment sterk bevordert (Callens et al., 2015; Hoge Gezondheidsraad, 2016).

Open Dialogue

Open Dialogue is een methodiek die in de jaren '80 ontwikkeld werd, voornamelijk als alternatief om op een humane manier met psychoses om te gaan. Dialoog en communicatie vormen de rode draad binnen deze methodiek. Dit uit zich in de praktijk door op momenten van crisis zo snel als mogelijk met de cliënten én alle belangrijke naasten samen in gesprek te gaan. Mobiel werken, in de thuiscontext van de cliënt, geniet hier de voorkeur. Het betrekken van belangrijke naasten hoeft niet beperkt te zijn tot gezinsleden of familieleden. Ook vrienden, leerkrachten of burens kunnen voor een cliënt een rol spelen bij het herstelproces. Tijdens de gesprekken ligt de focus sterk op verbinding en op de relaties tussen cliënt en naasten (Vanheule, 2016; Van Wetter, 2019).

De hulpverleners die volgens deze methodiek werken, werken niet volgens een vooropgesteld plan, maar vraaggestuurd met wat zich aandient. De hulpverlener is niet alwetend, maar zoekt en ontdekt samen met de anderen. In jargon wordt dit de 'tolerantie van onzekerheid' genoemd. De kracht van deze methodiek schuilt in de meerstemmigheid en in het (opnieuw) creëren van verbinding. Het belichten van alle perspectieven zorgt ervoor dat men elkaar leert begrijpen en dat de omgeving maximaal wordt ondersteund om de cliënt mee op te vangen. Intensief werken en continuïteit zijn hierbij belangrijk (Vanheule, 2016; Van Wetter, 2019).

De Open Dialogue methodiek beperkt zich niet enkel tot cliënten met een psychosegevoeligheid, maar kan ruimer worden toegepast. De resultaten zijn daarenboven gunstig, zowel voor cliënt en omgeving als voor hulpverleners. Er vormen zich minder hiaten in de hulpverlening, cliënt en context voelen zich gehoord en krijgen (opnieuw) vertrouwen in hulpverlening. Bovendien resulteert de methodiek in een verminderd aantal ziekenhuisopnames, een daling in het gebruik van psychofarmaca, verminderd ingrijpen door derden en een lagere kans op herval. Verder is deze methodiek goedkoper dan een ziekenhuisopname, zowel voor cliënt als voor de maatschappij, bevordert het de samenwerking tussen hulpverleners en organisaties en past het binnen het waardenkader van de hulpverlener (Vanheule, 2016; Van Wetter, 2019).

Open Hart Cirkels

Vzw Re-member startte enkele jaren geleden met het organiseren van Open Hart Cirkels. De oprichters van de vzw getuigden hoger al over het verlies van hun dochter na een traumatische opname. Met de Open Hart Cirkels willen zij zich engageren als alternatief voor een opname, dit door met alle betrokkenen rond de tafel te zitten en in gesprek te treden. Communicatie, dialoog en verbinding staan centraal. De Open Hart Cirkels vertonen veel raakvlakken met de Open Dialogue methodiek (Cools, 2017).

"In januari 2014 zijn we met Re-member begonnen. Samen met een groep mensen die allemaal diep emotioneel geraakt zijn door wat er met zichzelf of iemand uit de familie gebeurd is. Een week voor onze dochter uit het leven gestapt is heeft ze gezegd: 'Als ik beter ben wil ik een groep oprichten voor mensen die in de psychiatrie gezeten hebben. Want ze hebben geen gevoel meer en ook geen stem.' Dit was voor ons een grote stimulans om verder te doen. Ondertussen zijn we

reeds twee jaar aan het werk. Wij willen een liefdevolle benadering uitwerken wanneer jonge mensen zich kwetsbaar voelen, de pedalen kwijt zijn, en dan psychisch anders gaan functioneren. Dit betekent: aan de mensen een goede ontvangst bieden in een warme rustige omgeving. Samen met iedereen die geraakt is zoeken naar wat belangrijk en wat nog mogelijk is. Geloven dat er kansen verborgen liggen in deze uitdagende situaties. Ook het niet-weten toelaten. Op zoek gaan naar ieders verantwoordelijkheid en inzet van allen die er bij betrokken zijn in gelijkwaardige dialoog.”

– Getuigenis ouders van een jongvolwassene (“Ouders getuigen over hun kind dat suïcide pleegde.”, z.d., z.p.)

Safewards

Safewards is een vrij recent model dat een aantal factoren oplijst die van invloed zijn op de ontwikkeling van escalatie en agressie, voornamelijk binnen psychiatrische ziekenhuizen. Doel is escalatie, en bijhorend dwang, te vermijden en in te perken. De focus ligt hierbij op hoe hulpverleners kunnen zorgen voor veiligheid en hoe men incidenten kan vermijden. De factoren die van invloed zijn op escalatie binnen een ziekenhuis, situeren zich op zes domeinen: de fysieke omgeving, de omgeving buiten het ziekenhuis, de interne structuur van het ziekenhuis, contacten tussen cliënten, individuele kenmerken van de cliënt en de wet- en regelgeving (Verstuyf, 2019).

Binnen het Safewards-model is er niet enkel aandacht voor beïnvloedende factoren, maar speelt ook de wisselwerking en wederkerigheid tussen conflict en dwang een belangrijke rol. Dwang wordt door de hulpverlening vaak ingezet als een middel om met conflicten of escalatie om te gaan, maar kan op zijn beurt weer meer conflicten of crisissen uitlokken. Doel van de methodiek is om, door beïnvloedende factoren binnen ziekenhuizen zo optimaal mogelijk te maken en door middel van positieve interventies, escalatie en conflicten te vermijden. Het ziekenhuis en bij uitbreiding de hulpverleners spelen hierin een belangrijke rol, in die zin dat dit model zich voornamelijk focust op de werking en (re)organisatie binnen het ziekenhuis (Verstuyf, 2019).

4.2.3 Alternatieven voor de klassieke vrijheidsbeperkende maatregelen in de psychiatrie

Seclusion Area's & Comfort Rooms

In tegenstelling tot België, zijn er andere Europese landen waar het opleggen van vrijheidsbeperkende maatregelen door de wet verboden is. Dit wettelijke verbod zorgde onder meer in Noorwegen voor een omwenteling qua visie rond dit thema en voor het ontwikkelen van menswaardige alternatieven. Zo werden in Noorse psychiatrische ziekenhuizen zogenoemde *seclusion area's* opgericht, waar cliënten kunnen worden afgezonderd van andere cliënten, maar evenwel nooit alleen worden gelaten en net op die momenten ook de nodige extra zorgen krijgen. Voor cliënten in psychiatrische crisis, is de eerste opvang zeer belangrijk om met de noodsituatie te kunnen omgaan en om de crisis tijdig aan te pakken. Hoe langer hulp op zich laat wachten en de crisis zich blijft voortzetten, hoe meer kans er is op langdurig, bijkomend lijden. Cliënten op dergelijke momenten afzonderen of zelfs fixeren zonder therapeutische ondersteuning, leidt tot het langer aanhouden van een crisis en/of risicogedrag, terwijl net nabijheid en intensieve begeleiding cruciaal zijn (Vlaams Parlement, 2018).

In België is er (nog) geen verbod op vrijheidsbeperkende maatregelen, maar enkele ziekenhuizen nemen hier het voortouw door alternatieven op te zetten. Net zoals in Noorwegen, heeft het Psychiatrisch Centrum Bethanië in Zoersel *seclusion area's* opgezet binnen de gesloten opnameafdeling om de klassieke afzonderingen zo veel als mogelijk te vermijden (Zorgnet Icuo, z.d.).

Psychiatrisch ziekenhuis Sint-Jozef Pittem gaat nog een stapje verder. Zij bouwden hun voormalige afzonderingskamers op de jeugdafdeling om tot comfortrooms en herstelkamers. Jongeren die rust nodig hebben, kunnen op eigen vraag terecht in deze kamers, al dan niet met begeleiding van de leefgroepbegeleiders. Ook de begeleiders kunnen voorstellen om een jongere naar een comfort- of herstelkamer te sturen, afhankelijk van de situatie al dan niet onder lichte dwang. Het verschil met de klassieke afzonderingskamers hier is dat in de comfortrooms alles aanwezig is om een jongere weer tot rust te brengen en dat zij in de herstelkamers stoom kunnen afblazen en zich op een veilige manier kunnen afreageren. Beide soorten kamers hanteren een open-deuren beleid en gaan niet op slot, hetgeen in groot contrast staat met de vroegere isoleercellen. De nieuwe aanpak heeft een gunstig effect, zowel op cliënten als op hulpverleners en toont aan dat het wel degelijk anders kan en anders zou moeten (Callens et al., 2015).

Desondanks is het niet de bedoeling dat dergelijke comfortrooms of seclusion-area's fungeren als een verdoken isolatiekamer of dat de klassieke afzonderingsmethodes hier worden toegepast. Ook hier geldt de aanbeveling te streven naar nabijheid en contact, met als doel de afzondering zo kort mogelijk te houden. Dit op een humane manier, met maximale aandacht voor de noden van de cliënt.

Rooming-in: familiebetrokkenheid als alternatief voor afzondering

Om een afzondering op momenten van crisis zoveel als mogelijk te vermijden, startte het psychiatrische ziekenhuis Sint-Annendaal in Diest een alternatief op in de vorm van *rooming-in*. De afzonderingskamers werden omgebouwd tot een 'flat' met salon, badkamer, tuin en twee slaapkamers. Bedoeling is dat cliënten in crisis kunnen worden afgezonderd zonder dat zij alleen worden gelaten, door er familie samen met de cliënt te laten verblijven. Zoals uit de getuigenissen en aanbevelingen naar boven kwam, is contact van naasten net erg belangrijk tijdens crisismomenten. Op deze manier probeert het psychiatrische ziekenhuis zoveel mogelijk aan de noden van cliënten en gezinsleden tegemoet te komen (Similes, 2016).

Het betrekken van familieleden is voor iedereen een win-winsituatie. Familie en andere naasten nemen mee een rol op in de zorg voor de cliënt; helpende handen die door de hulpverleners gewaardeerd worden. Dit stelt familieleden in de mogelijkheid om bij te leren over de cliënt en de nodige zorg, hetgeen de terugkeer naar de thuiscontext faciliteert. Daarnaast heeft de betrokkenheid van familieleden een positief effect op de angstgevoelens en op het herstelproces van de cliënt (Similes, 2016).

4.2.4 Aanbevelingen tijdens en na dwanginterventies

Omdat een totale omschakeling naar dwangvrije zorg een langdurig proces is en er in de tussentijd nog steeds afzonderingen en fixaties plaatsvinden in de psychiatrie, worden hieronder enkele aanbevelingen opgelijst om dergelijke interventies zo min mogelijk ingrijpend te maken.

De bedoeling van deze aanbevelingen is om traumatisering te beperken en op een respectvolle en humane manier om te gaan met cliënten in acute psychische crisis, met maximale aandacht voor het bewaren van de autonomie van de cliënt.

Het Vlaams Patiëntenplatform en OPGanG (Open Patiëntenkoepel Geestelijke Gezondheid) stelden in samenspraak met ervaringsdeskundigen enkele aanbevelingen op om dergelijke interventies in te perken en humaner te laten verlopen (Tambuyzer, 2017).

Cliënten correct informeren over de reden en duur van de maatregelen is een eerste belangrijk verbeterpunt. Communicatie is hier essentieel. Andere aanbevelingen zijn onder meer cliënten de eigen kleren laten aanhouden en eigen spullen laten houden, privacy respecteren, structuur en bezigheid voorzien, contact met de buitenwereld mogelijk maken en cliënten niet alleen laten (Tambuyzer, 2017).

“Het raam was verduisterd, maar slapen kon ik niet. De digitale klok boven de zware metalen deur verlichtte de hele kamer, waardoor ik wel moest volgen hoe langzaam de seconden wegtikten. De eerste keer duurde het uren voor de deur weer openging.”

“Pas als ik weer mensen rondom me had, kon ik weer rustig ademen. Toen ik de dag nadien vroeg waarom er niemand was langsgelopen, kreeg ik te horen dat dat nu net de bedoeling was. Ze hielden me wel in de gaten, maar interactie was uit den boze.”

– Getuigenissen jongeren over de isolatiecel (Bergmans, 15 oktober 2019)

In veel afzonderingskamers geldt de regel dat cliënten speciale, scheurvrije kledij dienen aan te doen en geen eigen spullen mogen behouden. Een boek, krant of pen en papier zijn vaak omwille van veiligheidsredenen niet toegelaten. Afzonderingskamers zijn niet rustgevend en kalmerend ingericht, zijn voorzien van camera's, en lichtinval en geluid van buiten is beperkt. In veel psychiatrische ziekenhuizen is bezoek of contact met naasten tijdens een afzondering niet of slechts beperkt mogelijk en is er geen of nauwelijks therapie of begeleiding voorzien tijdens een periode van afzondering. De vraag op welke manier dit dan ooit helpend kan zijn, rijst terecht op (Tambuyzer, 2017).

“Wij hebben ons veel vragen gesteld: Wordt een psychose niet uitgediept door iemand dagenlang in een isolatiecel te steken? Welk soelaas brengt fixatie bij een zelfmoordpoging? Kan er echt niet meer geboden worden dan beveiliging?? We hebben ons dikwijls machteloos, verbijsterd, hopeloos, uitgesloten en niet begrepen gevoeld.”

– Getuigenis ouders van een jongvolwassene (“Ouders getuigen over hun kind dat suïcide pleegde.”, z.d., z.p.)

Na een dwanginterventie blijft communicatie in de vorm van debriefing belangrijk om mogelijke traumatisering en bijkomende gevoelens te kunnen opvangen en begeleiden. Cliënten, naasten en hulpverleners blijven vaak zitten met onverwerkte gevoelens, zoals angst, verdriet en kwaadheid (Tambuyzer, 2017). Een debriefing zorgt ervoor dat de cliënt zijn verhaal kan doen en zijn ervaringen met de hulpverlener kan delen en dat beiden samen kunnen uitzoeken waar het fout liep en wat er in de toekomst kan helpen. Het erkennen van het traumatische aspect en het aanbieden van excuses door de hulpverlener, kunnen voorkomen dat de therapeutische vertrouwensband (verder) afbrokkelt. Een dergelijke nabespreking is ook van belang naar

medecliënten en familieleden toe. Van de kinder- en jeugdpsychiatrische ziekenhuizen die door de zorginspectie werden gecontroleerd, past ruim 77 procent van hen debriefing met zowel het team, de cliënt en de medecliënten toe na conflictincidenten (Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin & Zorginspectie, 2017).

“Na die periodes van afzondering vroeg nooit iemand wat het nu met mij had gedaan. Alsof het nooit gebeurd was.”

– Getuigenissen jongeren over de isolatiecel (Bergmans, 15 oktober 2019)

Deze aanbevelingen beperken zich niet enkel tot cliënten die worden afgezonderd en/of gefixeerd, maar zijn evenzeer van toepassing op cliënten die gedwongen worden opgenomen. Zoals uit de literatuurstudie blijkt, worden ook dan patiëntenrechten niet steeds gerespecteerd, vaak met als excuus dat het naleven van die rechten de veiligheid voor cliënt en/of hulpverlener in het gedrang kan brengen. Ondanks dat, is het belangrijk te blijven zoeken naar mogelijkheden waarop de patiëntenrechten, en bij uitbreiding soms mensenrechten, toch nageleefd kunnen worden. Communicatie tussen hulpverlener, cliënt en omgeving is hierbij essentieel, net zoals preventie (Cools, 2017).

4.2.5 De rol van de individuele hulpverlener

Bovenstaande methodieken richten zich veelal op hoe organisaties hun werking kunnen aanpassen, maar net zo goed kunnen hulpverleners als individu en in teamverband een rol spelen bij het voorkomen van dwang en bij het zorgen voor meer empowerment. Dat dwang geen enkel therapeutisch nut heeft en zelfs averechts werkt, toonde de literatuurstudie reeds aan. Vraag is waarom hulpverleners en organisaties er dan zo vaak naar teruggrijpen. Evi Verbeke, psychologe en onderzoeker aan de UGent, stelt dat het belangrijk is dat hulpverleners de eigen angst en kwetsbaarheid onder ogen durven zien (Verbeke, 2021). Indien zij zich hier niet bewust van zijn en worden geconfronteerd met moeilijke, vaak acute, crisissituaties, worden dwang en vrijheidsbeperking al snel een manier om met deze moeilijke situaties om te gaan. Zolang ook de hulpverleners hier moeite mee hebben, kan ermee aan de slag worden gegaan. Het gevaar schuilt er in dat als antwoord hierop, net meer regeltjes en protocollen worden opgesteld om dwang te verantwoorden. Daarom is zelfreflectie en reflectie in teamverband essentieel, net zoals contact en nabijheid. En net dat is moeilijk, want in contact met de cliënt, kom je als hulpverlener in aanraking met eigen onzekerheden en angsten, met de meest donkere kant van de mens. Procedures bieden dan al snel houvast (Verbeke, 2021). Bovendien dien je de ander als gelijkwaardig te benaderen, op een manier waarop er ruimte is om te praten en naar elkaar te luisteren, al is het moeilijk om de ander op dat moment te begrijpen. Willen we dwang wegwerken, dan moet er vooral geïnvesteerd worden in het verbeteren van de therapeutische band. Verbinding is essentieel, zowel met de cliënt als met de omgeving. Dat kan door in te zetten op preventie, supervisie en ethische (zelf)reflectie. Enkel en alleen wanneer dat gebeurt, kunnen andere methodieken, zoals Safewards of Open Dialogue, optimaal worden ingezet (Simons, 2021; Verbeke, 2021).

4.2.6 Verbeteren van empowerment en participatie voor kinderen en jongeren in de geestelijke gezondheidszorg

Veel van de hoger genoemde preventieve strategieën en methodieken, zijn in de eerste plaats gericht op (jong)volwassenen. Toch blijkt uit de literatuurstudie dat disempowerment door hulpverlening niet enkel bij volwassenen voorkomt en dat ook kinderen en jongeren soms met dwang geconfronteerd worden. Daarnaast blijkt participatie van minderjarigen een heikel punt en bestaat daardoor de kans dat zij weinig tot geen inspraak en zeggenschap hebben wat betreft hun behandeling. Omdat empowerment, communicatie en betrokkenheid belangrijke peilers zijn binnen het herstelgericht werken, is het noodzakelijk om de reeds bestaande alternatieven te vertalen naar concrete werkingsmechanismen op niveau van kinderen en jongeren.

Het veiligheidsplan en de daarbijhorende crisiskaart, worden momenteel reeds in de kinderpsychiatrische hulpverlening gebruikt, ook door de mobiele (crisis)teams. Aangezien dit plan vrij abstract is en ik tijdens mijn praktijkverdieping merkte dat vooral jonge kinderen en jongeren moeite hebben met hun gevoelens, gedachten en wensen onder woorden te brengen, volgt hieronder een aanpassing aan het klassieke model van het veiligheidsplan en de crisiskaart, specifiek gericht op (jonge) minderjarigen.

De aanpassing bestaat uit een flyer met twee delen (zie bijlage 1): een bovenste deel, met uitleg op maat van kinderen over wat een crisis is, ideeën die voor rust kunnen zorgen en dingen die net voor escalatie kunnen zorgen. Het onderste deel biedt de mogelijkheid aan kinderen om de tips en ideeën onmiddellijk op de eigen situatie toe te passen. Zo kan men onderaan de eigen gedachten, gevoelens, noden en wensen noteren. Dit deel kan men dan na het invullen afknippen en bewaren als crisiskaart.

Voor de concrete ideeën rond rustbrengers en boosmakers, deed ik beroep op de tools van de Rustbox. Deze nieuwe website bundelt verschillende manieren om weer tot rust te komen, zoals ademhalingsoefeningen, mindfulness, lichaamsbeweging, creatieve oefeningen of visualisatie, allemaal op maat van minderjarigen. Er zijn oefeningen die het kind zelfstandig kan doen, maar ook oefeningen om samen met anderen of met een ouder of begeleider te doen. Verder bestaat de mogelijkheid om op deze site zelf een 'rustplan' te maken. De online tool leidt je door enkele vragen die betrekking hebben op hoe je je voelt als alles goed gaat, wanneer het minder gaat en wanneer het crisis is. De online tool werkt met dezelfde kleurencodes als het klassieke veiligheidsplan. Per vraag zijn er zowel vooraf ingevulde antwoordmogelijkheden als de mogelijkheid om zelf iets in te vullen. Tot slot is er de 'rust-o-theek', waar de verschillende oefeningen gebundeld staan en van waaruit je oefeningen aan je eigen rustplan kan toevoegen. Er bestaat ook de mogelijkheid om enkele van deze oefeningen af te drukken op 'rustkaartjes' zodat kinderen deze bij de hand hebben.

De brochure lijst, met als voornaamste bron bovenstaande, enkele van die mogelijke oefeningen om weer tot rust te komen op. Hierbij is er aandacht voor zowel dingen die het kind individueel kan doen als met anderen. Verder staan er de mogelijkheid tot gesprek alsook de mogelijkheid tot time-out op vermeld. Dit omdat blijkt uit de praktijkvoorbeelden dat jongeren in crisis soms alleen worden gelaten wanneer ze net nood hebben aan nabijheid en vice versa. Verder lijst de flyer mogelijke triggers op, om het voor kinderen te vergemakkelijken moeilijkheden of boosmakers

onder woorden te brengen. Tot slot is er een algemeen luik om belangrijke (medische) gegevens en contactpersonen te noteren en staat er korte uitleg en bijhorende links over het opstellen van een veiligheidsplan of rustplan. De zelfontworpen en aangepaste brochure in bijlage kan verspreid worden via de reeds bestaande hulpverleningsorganisaties, zoals spoeddiensten, mobiele teams, psychologen, huisartsen of andere zorgverleners. Aangeraden is om de crisiskaart samen met een ouder of hulpverlener in te vullen, aangezien zij eveneens over belangrijke informatie beschikken over de toestand van het kind, wat voor hem of haar moeilijk is en wat er kan helpen.

4.3 Besluit

Preventie en communicatie zijn essentieel om de kwaliteit van hulpverlening te verbeteren. Hulpverleners en organisaties ondersteunen in het herstelgericht omgaan met moeilijke situaties, kan ervoor zorgen dat zij minder teruggrijpen naar dwang of andere middelen die empowerment in het gedrang brengen. Zoeken naar verbinding, zowel met de context als tussen hulpverlener en cliënt, is hierbij belangrijk. Dit belang wordt door heel wat good-practices, zoals Open Dialogue, onderschreven. Essentieel om de geestelijke gezondheidzorg meer tegemoet te laten komen aan de noden van cliënten, is inzetten op het verbeteren van de therapeutische relatie. Die vormt immers de basis waarop andere methodieken en good-practices verder kunnen worden uitgebouwd en kunnen worden geïntegreerd. Om hulpverleners hierin te ondersteunen, is het teamklimaat een belangrijke factor, waarbinnen ruimte moet zijn voor voldoende (zelf)reflectie en supervisie.

5 Conclusie

Elk van de drie domeinen bevat specifieke werkpunten en aanbevelingen. Evenwel vertonen deze veranderingsstrategieën raakvlakken met elkaar en vullen zij elkaar aan. Heel wat methodieken en good-practices die hierboven worden omschreven, hebben een preventief karakter. De zelfontworpen en aangepaste versie van de crisiskaart voor kinderen en jongeren, zet hier sterk op in. Preventie is dan ook essentieel om de geestelijke gezondheidszorg te verbeteren. Dit zowel in beleid en organisaties als op microniveau.

Verder speelt de basishouding van de hulpverlener een belangrijke rol in het herstelproces en in de beleving van kinderen en ouders. Empowerment, empathie, gelijkwaardigheid, participatie en nabijheid zijn begrippen die veelvuldig terugkomen en die in alle soorten hulpverlening binnen de (geestelijke) gezondheidszorg aanwezig zouden moeten zijn. Hierbij vervult communicatie eveneens een belangrijke rol.

Op macro- en mesoniveau zijn organisatorische aanpassingen noodzakelijk. Dit om het hulpverleningslandschap transparanter te maken, om onderlinge samenwerking te faciliteren, om een betere toegang tot zorg te garanderen en om zorgcontinuïteit te bevorderen.

Tot slot is inzetten op verbinding essentieel. Dit zowel in de relatie tussen cliënt en hulpverlener, als tussen de cliënt en belangrijke naasten.

EVALUATIE EN BESLUIT

Dat het onderzoeken en verbeteren van de ervaringen van minderjarigen en hun context in contact met de geestelijke gezondheidszorg een zeer breed en complex thema is, staat vast. Uit de praktijkgerichte probleemverkenning komt heel wat informatie naar voren, die grotendeels onder te brengen valt binnen drie belangrijke domeinen: laagdrempelige hulpverlening en organisatie van de GGZ, crisis- en spoedeisende psychiatrische hulpverlening en tot slot grondhoudingen en empowerment in de hulpverleningscontacten.

Het eerste domein omvat thema's als vroegdetectie en –interventie, laagdrempelige hulpverlening, eerstelijnszorg, destigmatisering, bespreekbaar maken van psychische problemen en inzetten op school- en gezinsgerichte ondersteuning. Hierop volgen enkele organisatorische uitdagingen, waaronder transparantie van het hulpverleningslandschap, wachttijden, zorgcontinuïteit en financierings- en capaciteitsproblemen. Uit de praktijkgerichte probleemverkenning kwam namelijk naar voren dat praten voor veel jongeren helpend is, maar moeilijk. Ouders en scholen ondersteunen bij het bespreekbaar maken van psychische problemen en inzetten op het versterken van mentaal welzijn, kan zorgen voor een veilig klimaat, draagt bij aan destigmatisering en zorgt ervoor dat er maximaal kan worden ingezet op vroegdetectie en –interventie. Om snel te kunnen ingrijpen is het verder van belang dat de geestelijke gezondheidszorg toegankelijk is, bij uitstek de eerstelijnszorg. Nu blijkt dat jongeren en ouders tegen heel wat drempels aanlopen wanneer zij op zoek gaan naar hulp. Hulp die niet toegankelijk is, met onder meer wachttijden en hoge kosten en waarbij het aan overzicht ontbreekt, wordt veelvuldig aangehaald als één van de grote pijnpunten. Dit maakt dat kinderen en jongeren die hulp nodig hebben, vaak te laat hulp aangaan, niet de juiste hulp krijgen of dat er zich hiaten vormen in het hulpverleningsproces.

Het tweede domein focust zich op psychiatrische crisis- en urgentiehulp. Hierbij is zowel aandacht voor de organisatie van deze hulpverlening als voor de praktische uitvoering ervan. Uit de praktijkvoorbeelden werd ook hier de ontoegankelijkheid aangehaald als een werkpunt, net zoals het ontbreken van crisishulp die is aangepast aan de noden van kinderen en hun context. Concreet zien we dat crisishulp, zoals bijvoorbeeld in de vorm van mobiele teams, vaak niet bereikbaar is buiten de kantooruren en veelal pas binnen enkele dagen kan opstarten. Acute hulpvragen waarbij onmiddellijke interventie noodzakelijk is, kunnen binnen de geestelijke gezondheidszorg maar moeilijk worden opgevangen en worden veelal naar de algemene spoeddiensten doorverwezen. Hier is men meestal niet getraind om op dergelijke psychische hulpvragen adequaat te reageren. Wanneer ambulante of mobiele hulp ontoereikend is en bijgevolg een crisisopname nodig wordt geacht, bestaat er een grote kans op het ontbreken van een beschikbaar bed. Dit is veelal een organisatorisch probleem en niet zozeer een effectief tekort, gezien het feit dat België bij de koplopers hoort wat betreft het aantal psychiatrische bedden. Ook de huidige financiering speelt hierin een rol. Tot slot blijkt dat niet enkel minderjarigen in crisis in de kou blijven staan, maar net zo goed hun ouders en andere betrokkenen. Gezinsgericht en contextgericht te werk gaan, geniet steeds de voorkeur, ook bij crisis- en urgentiehulp. Dit aangezien deze acute problemen net zo ingrijpend zijn voor ouders en naasten en ook zij hulpnoden hebben en met vragen blijven zitten. Bovendien kan de context, mits begeleiding, een belangrijke rol opnemen bij het ondersteunen van het kind en in het zorgen

voor veiligheid. Een verdere integratie van GGZ-actoren binnen de bestaande crisismeldpunten voor minderjarigen, met een sterke uitbouw van mobiele zorg die 24/7 kan worden ingezet, kan de toegankelijkheid van psychiatrische urgentiehulp sterk verbeteren en biedt bovendien de mogelijkheid om crisishulp beter af te stemmen op de noden van kinderen en ouders, met een sterke focus op contextgericht werken.

Het derde domein omvat de kwaliteit van psychische hulpverlening en de mate waarin de geboden hulp al dan niet tegemoet komt aan de noden en wensen van jongeren en ouders. Hulpverlening zou idealiter moeten leiden tot empowerment en doorheen het hulpverleningsproces zijn empathie, acceptatie, nabijheid, betrokkenheid en gelijkwaardigheid essentieel. Desondanks getuigen jongeren en naasten over negatieve ervaringen met hulpverleners en over wantoestanden in de psychiatrie, die leiden tot disempowerment. Hulpverlening die op een inadequate manier omgaat met conflicten of crisissen, maakt veelvuldig gebruik van dwang, schendt patiëntenrechten en leidt in extreme gevallen tot traumatisering bij het kind. Dit terwijl net warmte, contact en verbinding zo belangrijk zijn voor het welslagen van hulp. Tot slot blijkt betrokkenheid en bij uitbreiding participatie een heikel punt, zowel van de ouders als van de minderjarigen zelf. Een grondige mentaliteitswijziging in de psychiatrische hulpverlening dringt zich sterk op, net zoals inzetten op preventieve strategieën om conflicten en crisissen te voorkomen.

Bovenstaande pijnpunten hebben verregaande gevolgen, zowel voor cliënten individueel als op maatschappelijk vlak. Problemen verergeren en escaleren door het gebrek aan tijdige en gepaste hulp. Dit zorgt samen met organisatorische problemen voor oververzadiging van hulpverlening, hetgeen wederom zorgt voor gebrekkige toegang tot hulp en zo voor verdere verergering van de problemen. Bovendien zorgt escalatie van problemen ervoor dat meer gespecialiseerde hulp nodig is, hetgeen op zijn beurt weer ingrijpender is voor het gezin. Deze vicieuze cirkel blijkt moeilijk te doorbreken. Bovendien hebben psychische problemen een financiële impact, zowel op het gezin als op maatschappelijk vlak. Een allesomvattend antwoord dat bovengenoemde problemen kan oplossen en voorkomen, bestaat niet. Wel zijn er heel wat strategieën die geleidelijk aan kunnen bijdragen tot verbetering.

Eerst en vooral zien we dat preventie een belangrijke rode draad vormt doorheen de verschillende veranderingsnoden en -strategieën, met onderling verschillende accenten. Zo is preventief werken enerzijds belangrijk om aan vroegdetectie en –interventie te kunnen doen, om escalatie van problemen te voorkomen en om herstelgericht te kunnen werken, met aandacht voor empowerment. Dit zowel in de laagdrempelige nulde- en eerstelijnszorg, alsook in de meer gespecialiseerde tweede-, derde-, of vierdelijnshulp.

Een volgend belangrijk thema dat naar voren komt, is organisatie van de geestelijke gezondheidszorg. Dit verbeteren en transparanter maken is van belang om wachtlijsten weg te werken, om tijdige toegang tot hulp te verzekeren en om de juiste hulp aan de juiste cliënt te linken. Evenwel is een grondige reorganisatie noodzakelijk om de beschikbare middelen optimaal in te zetten en te benutten. Bovendien dient reorganisatie de onderlinge samenwerking en doorverwijzing tussen verschillende actoren en hulpverleners te bevorderen, met daarmee gepaard gaande een verbetering van de zorgcontinuïteit. Verder biedt organisatorische

optimalisatie de mogelijkheid om de principes van stepped-care, matched-care en subsidiariteit beter te kunnen toepassen.

Om helpend te kunnen helpen, is de houding van de hulpverlener belangrijk. Principes als empowerment, participatie, empathie en gelijkwaardigheid zijn essentiële grondbeginselen voor het slagen van hulpverlening. Een mentaliteitswijziging en sensibiliseringscampagnes zijn nodig om deze principes op praktijkniveau meer te integreren. Ook organisatie speelt hierbij een rol. Zo moet er binnen de werking voldoende aandacht zijn voor herstelgerichte zorg op maat van de cliënt, alsook zorg voor de medewerkers. Zelfreflectie en intervisie in team zijn noodzakelijk om als hulpverlener goed te functioneren en om hulp te kunnen bieden.

Tot slot komt het belang van gezins- en contextgericht werken sterk op de voorgrond te staan. Zoeken naar verbinding in de context en met elkaar in dialoog gaan, zien we in verschillende good-practices terug. De omgeving betrekken en de draagkracht van ouders en naasten versterken verbetert niet enkel hun eigen mentale welzijn, maar zorgt er eveneens voor dat de omgeving een ondersteunende rol kan opnemen in de zorg voor de minderjarige. Bovendien kan dit de druk op professionele hulpverleningsinstanties verlichten, kan mogelijke escalatie tijdig worden ingeperkt en bevordert dit empowerment bij zowel de jongere als het gezin.

Zoals gezegd, is het verbeteren van de geestelijke gezondheidszorg een complex probleem dat uit vele facetten bestaat en verschillende domeinen omvat. Deze bachelorproef reikt handvaten aan die kunnen bijdragen tot een geestelijke gezondheidszorg die beter tegemoet komt aan de noden van kinderen, gezinnen en hulpverleners. Het omzetten en integreren van deze theoretische concepten naar praktijkgerichte werkingsmethodieken, is noodzakelijk. Het is aan politiek en beleid, maar ook aan hulpverleners en organisaties, om de handen in elkaar te slaan en met deze concepten aan de slag te gaan. Alleen zo kunnen we ervoor zorgen dat psychische hulpverlening ook echt helpend wordt.

BIBLIOGRAFIE

"Ik blijf vechten. Zelfs tegen de bierkaai." (z.d.). Geraadpleegd op 6 oktober 2020, via <https://nl.similes.be/getuigenissen/ik-blijf-vechten-zelfs-tegen-de-bierkaai>

Aendekerck, V. (13 april 2020). *Meer dan ooit moet familie betrokken worden bij psychiatrische zorg*. Geraadpleegd op 22 december 2020, via <https://sociaal.net/opinie/meer-dan-ooit-moet-familie-betrokken-words-bij-psychiatrische-zorg/>

Awel vzw. (z.d.). *Awel luistert naar kinderen en jongeren*. Geraadpleegd op 7 december 2020, via <https://www.awel.be>

Baumann, A.E. (2010). *Empowerment in Mental Health: A partnership project of the WHO Regional Office for Europe and the European Commission*. [Overheidspublicatie]. Denmark, Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe

Beckers, L. (15 maart 2013). Toestand in jeugdpsychiatrie blijft schrijnend. *De Morgen*. Geraadpleegd op 18 november 2020, via <https://www.demorgen.be/nieuws/toestand-in-jeugdpsychiatrie-blijft-schrijnend~b9db82a4/>

Beel, V., (28 september 2017). 'Verplicht kinderpsychiatrie om jongeren op te nemen'. *De Standaard*. Geraadpleegd op 9 november 2020, via https://www.standaard.be/cnt/dmf20170927_03099229

Bergmans, E. (15 oktober 2019). Getuigenissen uit de isolatiecel: "Ik weet nog hoe mijn onderbuik brandde toen ik eruit mocht." *De Standaard*. Geraadpleegd op 5 oktober 2020, via https://www.standaard.be/cnt/dmf20191014_04663473

Broché, R. & Van Damme, L. (2016). *Steeds meer mensen met psychische problemen: Bouwstenen voor een future-proof geestelijke gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 18 januari 2021, via <https://sociaal.net/opinie/steeds-meer-mensen-psychische-problemen/>

Callens, J., Deboutte, F., Deproost, E., Vanhee, P., & Vanoverschelde G. (2015). Jaarverslag 2014. *Open Venster Magazine Kliniek Sint-Jozef Pittem*, 6(24), pp 6-10. Geraadpleegd op 6 januari 2021, via <http://www.openvenster.be/pdf/201503.pdf>

Callewaert, A. (7 juni 2016). "Een leraar is geen therapeut". Geraadpleegd op 6 oktober 2020, via <https://www.klasse.be/47079/leraar-geen-therapeut/>

Catthoor, K. (2019). *Wachttijd 100 dagen bij psychische klachten*. [Onderzoeksrapport]. Kortenberg: Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie.

Catthoor, K. & Van den Broeck, K. (14 maart 2019). 'Niemand aanvaardt wachttijden in de algemene geneeskunde, waarom wel als het om geestelijke noden gaat?' [Opiniestuk]. *Knack*. Geraadpleegd op 6 oktober 2020, via <https://www.knack.be/nieuws/belgie/niemand-aanvaardt-wachttijden-in-de-algemene-geneeskunde-waarom-wel-als-het-om-geestelijke-noden-gaat/article-opinion-1440743.html>

- Clark, D. & Layard, R. (2018). *Therapiewinst: De waarde van psychologische behandeling*. Amsterdam: Boom uitgevers Amsterdam.
- Clemens, K. (28 november 2017). Jongeren zijn massaal aan de antidepressiva: wat is er aan de hand? *Het Nieuwsblad*. Geraadpleegd op 5 januari 2021, via https://www.nieuwsblad.be/cnt/dmf20171127_03211813
- Cochez, T. (13 maart 2015). *Crisis in de kinderpsychiatrie wordt thuis aangepakt*. Geraadpleegd op 16 november 2020, via <https://www.apache.be/2015/03/13/crisis-in-de-kinderpsychiatrie-wordt-thuis-aangepakt/>
- Colijn, S., Snijders, H. & Trijsburgt, W. (2009). *Leerboek Psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom
- Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. (2017). *Vraag om uitleg over de gedwongen opname in de kinder- en jeugdpsychiatrie*. [Commissievergadering]. Brussel: Vlaams Parlement
- Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. (2019.) *Vraag om uitleg over de wachttijden in de kinder- en jeugdpsychiatrie*. [Commissievergadering]. Brussel: Vlaams Parlement
- Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding. (2019). *Vraag om uitleg over de wachtlijsten in de zorg*. [Commissievergadering]. Brussel: Vlaams Parlement.
- Cools, B. (2017). Gedwongen opname: pleidooi voor alternatieven en een grondige wetswijziging. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 47 (3), pp. 33-39. Geraadpleegd op 18 november 2020, via https://vvkp.be/sites/default/files/TKP%20032017_05_Gedwongen%20opname%20O%20pleidooi%20voor%20alternatieven%20en%20een%20grondige%20wetswijziging.pdf
- Cools, B. (2018). De eerstelijns psychologische praktijk groeit. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 48(3), pp. 176 – 192
- De Cuyper, K., Van Ingelgom, S. & Van Audenhove, C. (2018). *Uitwerking van een ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid*. [Overheidspublicatie]. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
- De Grave, J., et al. (2021). *#SGGG21 Werkgroep 'Wachttijden'*. [Rapport]. Brussel: Staten Generaal Geestelijke Gezondheid.
- De Meersman, W. (z.d.). *Participatieve hulpverlening: Participatie is het proces van het delen van die beslissingen*. Geraadpleegd op 21 december 2020, via <https://www.kennisplein.be/Pages/Participatieve-hulpverlening.aspx>
- De Naghel, Y. (27 februari 2019). *Moet mijn probleem eerst veretteren voor ik goedkoper naar de psycholoog kan?* Geraadpleegd op 10 oktober 2020, via <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2019/02/27/terugbetaling-psycholoog-is-wereldvreemd/>
- Deboutte D., et al. (2010). *Spoedeisende psychiatrische hulp voor kinderen en adolescenten: KCE Reports 135A*. [Onderzoeksrapport]. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

- Debouver, L. & Cautaeers, A. (2016). *Het geïntegreerd breed onthaal: Wie niet netwerkt, is gezien*. Geraadpleegd op 19 januari 2021, via <https://sociaal.net/achtergrond/geintegreerd-breed-onthaal/>
- Decruynaere, F. (3 juli 2018). *Beleid voeren vergt moed om keuzes te maken*. Geraadpleegd op 16 november 2020, via <https://zorgwijzermagazine.be/ggz/beleid-voeren-vergt-moed-om-keuzes-te-maken/>
- Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin & Zorginspectie. (2017). *Vrijheidsbeperkende maatregelen bij kinderen en jongeren in kinderpsychiatrische afdelingen van algemene en psychiatrische ziekenhuizen*. [Beleidsrapport]. Brussel: Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
- Devos, C., et al. (2019). *Performance of the Belgian health system: KCE Reports 313*. [Onderzoeksrapport]. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
- Eeckman, E. (2019). *Balanceren tussen macht en onmacht: Patient Empowerment als grondslag tot gelijkwaardigheid in de relatie cliënt-arts*. Brussel: Politeia
- Emergo. (2019). *Eigen regie is de beste remedie. Het signaleringsplan/safety plan en crisiskaart*. Geraadpleegd op 5 april 2021, via <https://www.netwerkemergo.be/wp-content/uploads/Handleiding-signaleringsplan-crisiskaart-2019.pdf>
- Familieplatform Geestelijke Gezondheid vzw. (2018). *Ouders*. Geraadpleegd op 6 december 2020, via <https://familieplatform.be/ouders-van/>
- Gysbrechts, M. (z.d.). *"Ik ben oké hoor." Met deze leugen gaf ik mijn leven vorm.* Geraadpleegd op 6 oktober 2020, via <https://www.watwat.be/snijden/ik-ben-oke-hoor-met-deze-leugen-gaf-ik-mijn-leven-vorm-yannick-16>
- Help! Mijn kind denkt aan zelfmoord.* (z.d.). Geraadpleegd op 7 december 2020, via <https://ouders.zelfmoord1813.be>
- Heylen, K. (21 september 2017). 11-jarig meisje in volwassenenpsychiatrie: "Niet de beste oplossing, maar soms noodzakelijk". *VRT NWS*. Geraadpleegd op 13 november 2020, via <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2017/09/21/meisje-in-volwassen-psychiatrie/>
- Hoge Gezondheidsraad. (2016). *Omgaan met conflict, conflictbeheersing en dwanginterventies in de geestelijke gezondheidszorg: Advies nr. 9193*. [Overheidspublicatie]. Brussel: Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu
- Ingezonden verhaal: Noa, 16 en depressief.* (9 oktober 2020). Geraadpleegd op 10 oktober 2020, via <https://overkop.be/thema/depressie/ingezonden-verhaal-noa-16-en-depressief>
- Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. (2010). *Gids naar een betere GGZ door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken*. [Overheidspublicatie]. Brussel: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

- Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. (2015a). *Gids naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren*. [Overheidspublicatie]. Brussel: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.
- Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. (2015b). *Implementatie van het nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren: Template voor de beschrijving van het programma crisiszorg*. [Overheidspublicatie]. Brussel: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.
- Joris, S. (30 september 2017). *Vlaamse GGZ: zelfdoding, wachtlijsten en schaarse middelen*. Geraadpleegd op 5 oktober 2020, via <http://www.dejongepsycholoog.be/opinie/vlaamse-ggz-zelfdoding-wachtlijsten-en-schaarse-middelen/>
- Kenniscentrum Hoger Instituut voor Gezinswetenschappen. (2016). *Gids voor gezinnen*. [Online gids]. Brussel: Odisee Kenniscentrum Hoger Instituut voor Gezinswetenschappen
- Kinderrechtencommissariaat. (2019). *Gedwongen afzondering en isolatie van jongeren moet overal een uitzondering worden*. [Persbericht]. Brussel: Vlaams Parlement
- Kusé, R. & Jashanica, R. (8 november 2016). *Jongeren over de ideale hulpverlener: Diversiteit in de jeugdhulp*. Geraadpleegd op 21 december 2020, via <https://sociaal.net/achtergrond/jongeren-ideale-hulpverlener/>
- Lietaer, G., Vanaerschot, G., Snijders, J. & Takens, J. (red.). (2008). *Hanboek Gesprekstherapie*. Utrecht: De Tijdstroom
- Linhorst, D.M. (2006). *Empowering people with severe mental illness: A practical guide*. New York: Oxford University Press
- Lowet, K., et al. (2021) #SGGG21 Werkgroep 'Perverse Financiering'. [Rapport]. Brussel: Staten Generaal Geestelijke Gezondheid.
- MIND. (1 maart 2017). *Meld misstanden op eerste hulp na zelfbeschadiging*. Geraadpleegd op 4 januari 2021, via <https://wijzijnmind.nl/nieuws/stichting-zelfbeschadiging-mind-aandacht-voor-mensen-die-geen-zorg-verdienen>
- Minner, N., Robijns, S., & van den Oord, S. (2018). *Eerstelijnszorg blijft versnipperd: Halle bundelt de krachten in een organisatienetwerk*. Geraadpleegd op 19 januari 2021, via <https://sociaal.net/achtergrond/eerstelijnszorg-blijft-versnipperd/>
- Mistiaen, P., Cornelis, J., Detollenaere, J., Devriese, S. & Ricour, C. (2019). *Organisation of mental health care for adults in Belgium: KCE Report 318*. [Onderzoeksrapport]. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
- Moeder van een psychisch kwetsbare jongere*. (z.d.). Geraadpleegd op 8 oktober 2020, via <https://familieplatform.be/getuigenis/moeder-van-een-psychisch-kwetsbare-jongere/>

- Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. (2011). *Advies m.b.t. de uitbouw van een ggz-programma voor kinderen en jongeren*. [Overheidspublicatie]. Brussel: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.
- Netwerk GGZ Kempen. (z.d.). *AMT*. Geraadpleegd op 21 januari 2021, via <https://www.ggzkempen.be/amt/>
- Noodkreet van vader: "Van mijn dochter alstublieft op of ze pleegt zelfmoord." (8 oktober 2019). *Het Laatste Nieuws*. Geraadpleegd op 10 oktober 2020, via <https://www.hln.be/nieuws/binnenland/noodkreet-van-vader-vang-mijn-dochter-alstublieft-op-of-ze-pleegt-zelfmoord~a6cdac02/>
- Odisee. (2019). *Methodieken 2: Helpende gesprekken*. Schaarbeek: Odisee opleiding bachelor in de gezinswetenschappen
- Ouders getuigen over hun kind dat suicide pleegde*. (z.d.). Geraadpleegd op 5 oktober 2020, via <https://familieplatform.be/getuigenis/ouders-getuigen-over-hun-kind-dat-suicide-pleegde-remember/>
- OverKop. (z.d.). *Wat is OverKop?* Geraadpleegd op 7 december 2020, via <https://overkop.be/wat-overkop>
- PANGG 0-18. (2015). *Programma Crisiszorg*. Geraadpleegd op 22 oktober 2020, via https://pangg0-18.be/wp-content/uploads/Template_Crisis.pdf
- PANGG 0-18. (2020). *Eerstelijnspsychologische zorg*. Geraadpleegd op 6 december 2020, via <https://pangg0-18.be/eerstelijnspsychologische-zorg/>
- PANGG 0-18. (maart 2021). *Persoonlijke communicatie, via praktijkverdieping*.
- Pleysier, S., Put, J. & Roevens, E. (28 mei 2019). *Jongeren in crisis belanden te vaak in politiecel of psychiatrie*. Geraadpleegd op 10 november 2020, via <https://sociaal.net/opinie/jongeren-in-crisis-belanden/>
- Raskin, K. (2 maart 2019). *"Beste mevrouw de minister, psychologen zijn geen geldwolven, maar de kwaliteit van onze hulp komt in het gedrang"*. Geraadpleegd op 6 oktober 2020, via <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2019/03/01/nieuwe-terugbetaling-psycholoog/>
- Raskin, T. & Schoofs, H. (2017). Patiëntperspectieven op de behandeling door een mobiel crisisteam bij suïcidaliteit: Wat hielp? Wat hinderde? *Masster*, 8 (2), pp. 11-14. Geraadpleegd op 5 oktober 2020, via <https://www.asster.be/images/upload/masster/2017-02.pdf>
- Rekenhof. (2018). *Crisisjeugdhulp: Analyse van niet-beantwoorde hulpvragen*. [Onderzoeksrapport]. Brussel: Vlaams Parlement
- Rossa-Roccor, V., Schmid, P. and Steinert, T. (2020). *Victimization of People With Severe Mental Illness Outside and Within the Mental Health Care System: Results on Prevalence and Risk*

- Factors From a Multicenter Study*. Geraadpleegd op 4 januari 2021, via <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2020.563860/full>
- Siccard, A. (2018). *Heb je als leraar beroepsgeheim?* Geraadpleegd op 7 december 2020, via <https://www.klasse.be/42288/als-leraar-beroepsgeheim/>
- Similes. (2016). Primeur binnen de GGZ: Rooming in. *Similes*, (158), pp. 8-10. Geraadpleegd op 7 januari 2021, via <https://www.zorgneticuro.be/sites/default/files/general/Rooming%20In%20in%20Tijdschrift%20Similes%202016.pdf>
- Similes. (z.d.). *Voor ouders: Mijn kind heeft psychische problemen*. Geraadpleegd op 6 december 2020, via <https://nl.similes.be/voor-ouders>
- Simons, W. (2021). *Als we mensen minder willen vastbinden, moeten we ons meer met hen verbinden*. Geraadpleegd op 5 april 2021, via <https://sociaal.net/opinie/mensen-minder-vastbinden-meer-met-hen-verbinden/>
- Steeleman, K. (22 augustus 2019). *Familie is nog te weinig partner in de geestelijke gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 21 december 2020, via <https://sociaal.net/opinie/familie-is-nog-te-weinig-partner-in-geestelijke-gezondheidszorg/>
- Steensma, H. & Vermunt. R. (1991). *Social justice in human relations volume 2: Societal and psychological consequences of justice and injustice*. New York: Springer Science+Business Media
- Tambuyzer, E. (2017). *Standpunt over het gebruik van dwangmaatregelen in de geestelijke gezondheidszorg*. [Onderzoeksrapport]. Heverlee: OPGang en Vlaams Cliëntenplatform vzw
- TeGek!? (z.d.) *Geestelijke gezondheid op school*. Geraadpleegd op 5 april 2021, via <https://www.tegek.be/campagnes/school-en-jongeren/scholenaanbod/wat>
- TEJO. (z.d.). *Hoe wij je helpen*. Geraadpleegd op 7 december 2020, via <https://tejo.be/hoe-wij-je-helpen/>
- UPC KU Leuven. (z.d.-a). *Spoedinterventie: EPSI – Eenheid voor Psychiatrische Spoedinterventie*. Geraadpleegd op 11 november 2020, via <https://www.upckuleuven.be/nl/campus-gasthuisberg/spoedinterventie>
- UPC KU Leuven. (z.d.-b). *Crisishulp kinderen en jongeren*. Geraadpleegd op 11 november 2020, via <https://www.upckuleuven.be/nl/nieuws/crisishulp-kinderen-en-jongeren>
- UPC KU Leuven. (z.d.-c.) *De geestelijke gezondheidszorg hervormen? Een analyse: Interview met psychiater dr. Hella Demunter naar aanleiding van de Staten-Generaal GGZ*. Geraadpleegd op 23 januari 2021, via <https://www.upckuleuven.be/nl/nieuws/de-geestelijke-gezondheidszorg-hervormen-een-analyse>
- Van de Cloot, I. & Van Herck, P. (2013). *Hoe gezond is de geestelijke gezondheidszorg in België: De feiten achter de mythen* [Analyse]. Brussel: Itinera Institute VZW.

- Van de Cloot, I. & Van Herck, P. (2013). *Hoe gezond is de geestelijke gezondheidszorg in België: De feiten achter de mythen* [Analyse]. Brussel: Itinera Institute VZW.
- Van Dee, V. & Deschamps, P.K.H. (2017). Minder moeite, meer effect? Eenmalige interventies voor psychiatrische problematiek bij kinderen. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 59 (7), pp. 441-442. Geraadpleegd op 23 januari 2021, via <https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/59-2017-7-artikel-vandee.pdf>
- Van den Broeck, K. et al., (2020). *Wachten op psychische hulp: De lengte en beleving van wachttijden in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg*. [Onderzoeksrapport]. Antwerpen: Staten Generaal van de Geestelijke Gezondheidszorg en Leerstoel Public Mental Health Universiteit Antwerpen
- Van den Broeck, K., Catthoor, k. & Matthys, F. (20 maart 2021). *De geestelijke gezondheidszorg na 2 jaar noodprogramma: Van puinhoop naar hoop: werken aan onze geestelijke gezondheid*. [Persbericht]. Brussel: Staten Generaal Geestelijke Gezondheid
- Van Der Fraenen, J. (z.d.). *Leven in de schaduw*. Geraadpleegd op 5 oktober 2020, via <https://www.tegek.be/blog/leven-in-de-schaduw.html>
- Van Driessche, F. (27 juni 2018). #mysymychoice: 'Is terugbetaling van psychologische begeleiding een vergiftigd geschenk?' [Opiniestuk]. *Knack*. Geraadpleegd op 6 oktober 2020, via <https://www.knack.be/nieuws/belgie/mysymychoice-is-terugbetaling-van-psychologische-begeleiding-een-vergiftigd-geschenk/article-opinion-1166433.html>
- Van Erp, N., et al. (2019). *Stigmatisering door hulpverleners in de GGZ: Deelonderzoek 4 – Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2019*. [Onderzoeksrapport]. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Van Everdingen J.J.E & Horstmanshoff H.F.J. (2005). De nieuwe Nederlandse artseneed. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 149 (19), pp. 1062-1067. Geraadpleegd op 4 januari 2021, via <https://www.ntvg.nl/system/files/publications/2005110620001a.pdf>
- Van Laere, M. (2016). *Zo werk je aan geestelijke gezondheid op school*. Geraadpleegd op 30 november 2020, via <https://www.klasse.be/4311/zo-geestelijke-gezondheid-school/>
- Van Regenmortel, T. (2009). Empowerment in de geestelijke gezondheidszorg. *Neuron*, 14 (8), pp. 309-314.
- Van Wetter, D. (2019). *Open Dialogue: Verbinding maken, vanaf de crisis*. Geraadpleegd op 3 april 2021, via <https://pangg0-18.be/wp-content/uploads/Voorstelling-WS-Open-Dialogue.pdf>
- Vancayseele, N., Portzky, G. & van Heeringen, C. (2018). *De epidemiologie van suïcidepogingen in Vlaanderen*. [Onderzoeksrapport]. Gent: Universiteit Gent Eenheid voor Zelfmoordonderzoek.
- Vandereycken, W. & Van Deth, R. (2009). Valkuilen en vangnetten: In goede handen? In *Psychotherapie: Van theorie tot praktijk*. (hoofdstuk 8, pp. 193-222). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Vandermeersch, D. (2017). *CLB is draaischijf tussen onderwijs en welzijn: Twee verschillende werelden verbinden, blijft moeilijk*. Geraadpleegd op 30 november 2020, via <https://sociaal.net/opinie/clb-is-draaischijf-tussen-onderwijs-en-welzijn/>
- Vanheule, S. (2016). Omgaan met psychose via dialoog: Over de open dialoogbenadering van Jaakko Seikkula. *Psyche*, 28(2), pp 8-10. Geraadpleegd op 5 april 2021, via http://www.verbindendsprekenmetpsychose.com/uploads/5/8/2/0/58208449/psyche282_vanh-eule.pdf
- Verbeke, E. (2021). *Als dwang niet werkt, waarom gebruiken hulpverleners die dan zoveel?* Geraadpleegd op 5 april 2021, via <https://sociaal.net/opinie/als-dwang-niet-werkt-waarom-gebruiken-hulpverleners-die-dan-zo-veel/>
- Verhaeghe, T. & Bazan, A. (28 november 2017). *Dwang mag nooit een noodzaak zijn: Kinder- en jeugdpsychiatrie onder de loep*. Geraadpleegd op 5 januari 2020, via <https://sociaal.net/opinie/dwang-mag-nooit-een-noodzaak-zijn/>
- Vermeulen, V. (4 januari 2018). *Geestelijke gezondheidszorg bij jonge kinderen: Speelaanpak en consult helpen*. Geraadpleegd op 23 januari 2021, via <https://sociaal.net/achtergrond/geestelijke-gezondheidszorg-bij-jonge-kinderen/>
- Verstuyf, I. (2019). *Van dwang naar ethiek: Een kwalitatieve studie bij hulpverleners over de alternatieven bij dwang in crisissituaties*. [Masterproef]. Gent: Universiteit Gent
- Vierendeels, T. (24 maart 2019). Schrijnend opvangtekort in jeugdpsychiatrie: dochter (12) loopt weg en wil sterven, "maar situatie is niet ernstig genoeg". *Het Laatste Nieuws*. Geraadpleegd op 07 oktober 2020, via <https://www.hln.be/in-de-buurt/sint-pieters-leeuw/schrijnend-opvangtekort-in-jeugdpsychiatrie-dochter-12-loopt-weg-en-wil-sterven-maar-situatie-is-niet-ernstig-genoeg~af8bca96/>
- Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie, (z.d.-a). *Opvang van suïcidepogers: Instrument Psychosociale Evaluatie en Opvang van suïcidepogers (IPEO en KIPEO)*. Geraadpleegd op 16 november 2020, via <https://zelfmoord1813.be/%28K%29IPEO>
- Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie, (z.d.-b). *Ik heb hulp nodig*. Geraadpleegd op 7 december 2020, via <https://www.zelfmoord1813.be/ik-heb-hulp-nodig>
- Vlaams Parlement. (2018). *Voorstel van resolutie van Freya Van den Bossche, Bart Van Malderen en Jan Bertels betreffende een verbod op eenzame afzondering en fixatie van kinderen en jongeren in de geestelijke gezondheidszorg en jeugdhulp*. [Overheidspublicatie]. Brussel: Vlaams Parlement
- Vlaamse Jeugdraad. (2017). *Advies 1706: Advies Psychisch Welzijn*. [Onderzoeksrapport]. Brussel: Vlaamse Jeugdraad.
- Wat als familie wordt geconfronteerd met dwang?* (z.d.). Geraadpleegd op 6 oktober 2020, via <https://familieplatform.be/getuigenis/wat-als-familie-wordt-geconfronteerd-met-dwang/>

Wat écht helpt. (7 februari 2020). Geraadpleegd op 5 oktober 2020, via <https://leeflief.com/2020/02/07/wat-echt-helpt/>

Werkgroep Wachttijden SGGG (2020). *Persoonlijke communicatie*, via verslaggeving vergaderingen werkgroep.

YUNECO. (2015). *Programma Crisiszorg*. Geraadpleegd op 29 oktober 2020, via <https://www.yuneco.be/images/Downloads/YUNECO-CrisisNET-04122015.pdf>

Zelfmoord1813. (z.d.). *“Als ik één ding geleerd heb tijdens mijn herstel, is het wel dat praten enorm belangrijk is.”* Geraadpleegd op 6 oktober 2020, via <https://www.watwat.be/psychische-problemen/als-ik-een-ding-heb-geleerd-tijdens-mijn-herstel-het-wel-dat-praten-enorm>

ZNA Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg. (z.d.). *Eenheid voor Psychiatrische Spoed Interventie (EPSI)*. Geraadpleegd op 11 november 2020, via <https://www.zna.be/nl/zna-psychiatrisch-ziekenhuis/volwassenpsychiatrie/acute-zorg/epsi>

ZNA Universitaire Kinder- en Jeugdpsychiatrie Antwerpen. (z.d.). *Adolescenten: Zorgenheid crisisinterventie*. Geraadpleegd op 11 november 2020, via <https://www.zna.be/nl/zna-uckja/kinderpsychiatrie/adolescenten/crisisinterventie>

Zorgnet Icuuro. (z.d.). *Best practices: Isolatie en dwang*. Geraadpleegd op 6 januari 2021, via <https://www.zorgneticuro.be/content/best-practices-isolatie-en-dwang>

BIJLAGEN

Bijlage 1: flyer crisiskaart op maat van kinderen en jongeren

Rustbrengers

- Muziek luisteren
- Knutselen
- Erover praten
- Even alleen zijn
- Bewegen
- Spel spelen
- Rustig ademen
- Schrijven/lezen
- Samen iets doen
- Mindfulness

Vul hieronder in wat jou kan helpen:

Wat kan mij helpen?

Dit kan ik zelf doen:.....

.....

.....

Dit kunnen anderen doen:.....

.....

.....

Boosmakers

- Roepen
- Boos zijn
- Alleen blijven
- Gedachten in mijn hoofd
- Niemand die wil praten
- Ruzie
- Niet kunnen bewegen
- Gemene opmerkingen

- Weggestuurd worden
- Anderen die druk zijn
- Te veel lawaai
- Pijn
- Niet begrepen worden
- Honger
- Dingen moeten doen
- Te veel mensen
-

Vul hieronder in wat niet helpt:

Wat wil ik niet?

Dit wil ik niet:.....

.....

Dit helpt mij niet:.....

.....

Dit maakt mij boos of verdrietig:...

.....

.....

Storm in mijn hoofd

- Verdrietig
- Depressief
- Donkere gedachten
- Bang
- Wanhopig
- Boos
- Gespannen
- Beschaamd
- Nerveus
- Uitgeput

Crisiskaart

Deze kaart is van:.....

.....

Ik geef je dit kaartje omdat ik het moeilijk heb. Lees hier wat er moet gebeuren.

Wat is een crisis?

Iedereen heeft het wel eens moeilijk of wordt wel eens boos. Dat is heel normaal. Soms worden die lastige gevoelens zo erg, dat het zwart wordt in je hoofd en dat je je heel slecht gaat voelen.

Je weet dan niet meer wat te doen en slaat in paniek. Ook de mensen rondom jou weten niet altijd wat te doen.

Daarom kan het helpen om op voorhand na te denken hoe je weer tot rust kan komen en wie jou daarbij kan helpen. Zo kan de storm in je hoofd weer opklaren.

Je kan daarvoor een crisiskaartje invullen, zo heb je altijd bij de hand wat jou tot rust brengt en kunnen ook anderen je helpen. In deze flyer vind je meer uitleg over zo een crisiskaartje.

De crisiskaart

Een crisiskaart is een kaartje dat je aan andere mensen kan afgeven wanneer je het heel moeilijk hebt. Op het kaartje kan je schrijven wat er moet gebeuren, wat je tot rust brengt, wie je kan helpen en wat je wel en niet wilt.

Je kan het kaartje alleen invullen, maar het beste is om het samen te doen met iemand anders. Bijvoorbeeld met een ouder, een hulpverlener of een andere persoon die belangrijk is voor jou.

In deze flyer staan enkele handige tips voor bij het invullen en ideeën van dingen die rust kunnen brengen of net niet helpen. Misschien denk je zelf nog aan andere dingen, die mag je zeker en vast ook opschrijven!

Meer ideeën om tot rust te komen vind je op www.rustbox.be

Groen, geel en rood

Om te weten hoe een crisis er bij jou uit ziet en hoe het zo ver komt, is het belangrijk om ook te kijken naar wat er gebeurt wanneer je je goed voelt en wanneer het minder goed begint te gaan.

Daarbij kan het stoplicht helpen: het is groen wanneer je jezelf goed voelt. Als je je wat minder goed voelt, is het oranje. En wanneer je je heel slecht voelt is het rood. Je kan voor jezelf eens nadenken bij elke kleur hoe je je op dat moment voelt, wat je denkt en wat je kan helpen.

Een groen-oranje-rood-plan wordt ook wel een veiligheidsplan of rustplan genoemd. Zo een plan om zelf in te vullen vind je online: <https://www.zelfmoord1813.be/safetyplan>
<https://www.rustbox.be>

Mijn gegevens

Adres:

.....

Huisarts/psychiater:.....

.....

Medicatie:.....

.....

Lichamelijke/psychische info:.....

.....

.....

Wie verwittigen?

Naam:

Tel:.....

.....

Naam:

Tel:.....

.....

Noodnummer (ziekenwagen, politie of brandweer): **112**

Zelfmoordlijn: **1813**

Awel jongerentelefoon: **102**

Hoe is een crisis bij mij?

Ik voel:

.....

.....

Ik denk:.....

.....

.....

Ik doe:.....

.....

.....