

# **“Een gat in de markt?”**

---



## **(Gebrek aan) Zorgcircuit voor adolescenten met een verstandelijke beperking en bijkomende psychiatrische- en/of gedragsproblemen**

Academiejaar 2009 – 2010

Opgemaakt door  
Kristel CALEWAERT  
3de jaar bachelor verpleegkunde  
afstudeerrichting sociale



# Voorwoord

Dit afstudeerproject is geschreven in het kader van de opleiding bachelor sociale verpleegkunde. De stages en mijn werkervaring zorgden voor de nodige motivatie om mij verder te verdiepen in dit onderwerp. Het was een zeer boeiend traject, waarbij ik meermaals geconfronteerd werd met het gebrek aan recente wetenschappelijke literatuur aangezien de problematiek en het beleid zeer actueel zijn.

Dankjewel aan mijn AP- coach en alle andere docenten voor de raad en aanwijzingen zodat dit afstudeerproject kon worden wat het nu is.

Een groot dankwoord richt ik aan de ervaringsdeskundigen die mij de meest actuele informatie, inhoudelijke ondersteuning en bijsturing konden bieden. Orthopedagogen, sociaal assistenten, afdelingsgeneesheer en alle collega's... dankjewel!

Dankzij de hulp van de MPG-verantwoordelijken kon ik de meest recente gegevens verkrijgen zodat ik de statistieken kon verwerken in dit afstudeerproject... dankjewel!

Dankjewel aan de cliënten en hun families voor hun openhartigheid.

Dankjewel aan iedereen die er mee voor zorgde dat ik dit afstudeerproject kon realiseren.

En dan last but not least... een hele grote dankjewel aan het thuisfront.

Lore & Louis, dankjewel voor jullie begrip wanneer "mama weer eens achter de computer kroop", Philippe voor al je raad en daad op computervlak, lay-out en grammatica maar vooral de vele peptalks... dankjewel!

Dit afstudeerproject deed mij niet alleen als toekomstig bachelor sociaal verpleegkundige groeien. Het was een proces dat beetje bij beetje tot stand kwam en ervoor zorgde dat ikzelf ook groeide als mens, wat een enorm leerrijke ervaring was. Ik heb ervan genoten en ik hoop dat jullie dat ook zullen doen. Veel leesplezier!

Kristel Calewaert

Eerst dacht ik: 'niet aan denken',  
Dat heb ik toen gedaan,  
maar twee seconden later,  
dacht ik er tóch weer aan.

Nee, zo eenvoudig is dat niet,  
want weet je, wat je doet,  
je denkt er óók aan als je denkt  
dat j'er niet aan denken moet.

(Toon Hermans)

# Samenvatting

Voor personen met een verstandelijke beperking en bijkomende psychiatrische- en/of gedragsproblemen is het vaak moeilijk om gepaste zorg te vinden. De plaatsen in de voorzieningen binnen het "Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap" zijn te beperkt en er is vaak te weinig expertise aanwezig over de bijkomende psychiatrische- en/of gedragsproblemen. Deze cliënten worden vaak bestempeld als "moeilijke" gasten. Binnen gespecialiseerde opnameafdelingen van psychiatrische ziekenhuizen is er wel voldoende expertise aanwezig, maar deze zorgeenheden zijn geen definitieve woonvorm. Het blijft een opname in een ziekenhuis.

Als sociaal verpleegkundige zal je samen met de cliënt en zijn omgeving op zoek moeten gaan naar gepaste zorg, en individueel bekijken wat de mogelijkheden hierbij zijn.

Via dit afstudeerproject probeer ik na te gaan of er inderdaad een tekort aan plaatsen is voor deze doelgroep, waarbij er eerst een beeld wordt geschetst van het huidige zorgaanbod. Nadien wordt een verklaring gezocht voor het tekort aan plaatsen en de manier waarop men hier in de toekomst aan kan werken.

Door de statistische gegevens vanuit het "Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap" te bekijken, wordt het duidelijk dat er héél veel personen met een handicap wachten op een voorziening.

Door de opnamegegevens van één van de gespecialiseerde zorgeenheden binnen een psychiatrisch ziekenhuis te verwerken, kunnen conclusies getrokken worden over de huidige tendensen. De opnamegegevens van 2004 en 2009 werden hierbij naast elkaar gelegd, waarbij als opvallendste tendens naar voor komt dat er meer opnameaanvragen zijn vanuit de minderjarigenwerking.

Er zijn een heleboel knelpunten waar deze specifieke doelgroep mee geconfronteerd wordt. Doordat het huidige zorgaanbod over 2 bevoegdheden is verdeeld, namelijk de Vlaamse en de federale overheid, is er geen samenwerking en wordt de zorg niet afgestemd op de cliënt maar op de plaats waar hij verblijft. Het gebrek aan open plaatsen binnen het "Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap" beperkt de toekomstmogelijkheden en keuzes aanzienlijk. Tussen de minderjarigenwerking en de meerderjarigenwerking van zowel het "Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap" als de reguliere zorg is er geen doorstroming. Dit zijn twee aparte werkvelden waardoor de onzekerheid naar de toekomst toe rond de leeftijd van hun adolescentie toeneemt. De gespecialiseerde opnameafdelingen binnen psychiatrische ziekenhuizen in Vlaanderen zijn vrij beperkt en er is gebrek aan voldoende outreaching-projecten waarbij de expertise over de grenzen van het ziekenhuis heen worden gebracht.

Samenwerking tussen het federale en Vlaamse niveau zal noodzakelijk zijn om het zorgaanbod te kunnen afstemmen op de zorgvraag. In plaats van beleid te voeren naast mekaar kan er beter werk gemaakt worden van "samen werken en samen denken".

Een samenwerking tussen het VAPH en de gespecialiseerde zorgeenheden binnen psychiatrische ziekenhuizen zou een oplossing kunnen bieden naar zowel de minderjarigen- als de meerderjarigenwerking. Door ondersteuning en expertise te bieden "aan huis", wordt de mogelijkheid gecreëerd om cliënten "thuis" te laten wonen ondanks hun complexe problematiek. De woonmogelijkheden binnen het VAPH zullen dan wel moeten uitgebreid worden.

Op deze manier kunnen we samen "denken" en "werken" aan het **"gat in de markt"!**

# Inhoudstafel

<b>Voorwoord</b>	<b>2</b>
<b>1 Inhoudstafel</b>	<b>4</b>
<b>Inleiding</b>	<b>5</b>
<b>2 Probleemstelling</b>	<b>6</b>
<b>2.1 Gebrek aan zorgaanbod voor personen met een verstandelijke beperking en bijkomende psychiatrische- en/of gedragsproblemen.</b>	<b>6</b>
<b>2.2 Conceptueel model</b>	<b>7</b>
<b>2.3 Vraagstellingen</b>	<b>8</b>
<b>3 Methodologie</b>	<b>9</b>
<b>4 Resultaten</b>	<b>10</b>
<b>4.1 Situering verstandelijk gehandicapten met bijkomende psychiatrische- en/of gedragsproblemen.</b>	<b>10</b>
4.1.1 Praktijkvoorbeeld	10
4.1.2 Historiek	13
4.1.3 Verduidelijking problematiek	16
<b>4.2 Huidig zorgaanbod</b>	<b>19</b>
4.2.1 Zorgvoorzieningen verbonden aan psychiatrische ziekenhuizen.	19
4.2.2 Centra Geestelijke Gezondheidszorg	21
4.2.3 Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap	21
4.2.4 Observatie- en behandelingsafdelingen voor volwassenen met een verstandelijke handicap en bijkomende psychische en/of gedragsproblemen.	29
<b>4.3 Statistieken opnamebeleid De Knoop 2004-2009</b>	<b>32</b>
4.3.1 Aantal opnames	32
4.3.2 Geslacht	32
4.3.3 Leeftijdscategorie	33
4.3.4 Statuut	33
4.3.5 Verwijzende instanties	34
4.3.6 Primaire diagnose	35
4.3.7 Symptomen	36
4.3.8 Besluit	37
<b>4.4 Knelpunten binnen het zorgcircuit.</b>	<b>38</b>
4.4.1 Vlaamse en federale bevoegdheid.	38
4.4.2 Tekort aan geschikte plaatsen voor de doelgroep binnen het VAPH.	38
4.4.3 Onwettigheid en onwetendheid over psychiatrische- en gedragsproblemen	39
4.4.4 Gebrek aan een uitgebreide ambulante werking	40
4.4.5 Wachtlijsten voor behandelunits.	40
4.4.6 Geen doorstroming van kinderen- naar volwassenenwerking.	41
4.4.7 Invloed van een opname binnen een psychiatrisch ziekenhuis naar de toekomst toe.	41
<b>4.5 Welk beleid voor de toekomst ?</b>	<b>42</b>
4.5.1 Federale bevoegdheid	42
4.5.2 Vlaamse bevoegdheid	43
4.5.3 Samenwerking tussen federale en Vlaamse overheid	44
<b>Besluit</b>	<b>45</b>
<b>Literatuurlijst</b>	<b>46</b>

## Inleiding

Dit afstudeerproject is het resultaat van de opgedane kennis tijdens de opleiding voor sociaal verpleegkundige en de stages die hiermee gepaard zijn gegaan.

Sinds augustus 1999 ben ik tewerkgesteld op zorgeenheid De Knoop die zich specifiek richt naar personen met een verstandelijke beperking en bijkomende psychiatrische- en/of gedragsproblemen. Deze bevindt zich in het PC St.-Amedeus te Mortsel.

Vanaf de eerste week had ik mijn hart verloren aan deze doelgroep. Door de bijkomende psychiatrische- en gedragsproblemen bleek dat deze personen vaak bestempeld worden als "moeilijke" gasten, maar dat ze binnenin vaak erg onzeker waren en nood hadden aan gepaste begeleiding.

De confrontatie met de verhalen van de cliënten en hun omgeving stimuleerde me om de problematiek rond het tekort aan opvangplaatsen verder uit te diepen. De stigmatisering die er nog steeds heerst over psychiatrie blijkt de toekomst van deze cliënten te bepalen. Ieder mens heeft het recht op aangepaste zorg en een aangepaste woonvorm, maar in de realiteit blijkt dit een probleem te zijn.

Er zijn toch veel "voorzieningen", "instellingen", "dagcentra", "ziekenhuizen", enz... dus waar ligt dan het probleem? Door families en hulpverleners te bevragen, kwamen al snel een heleboel vragen en knelpunten naar boven en werd de nood aan verdere uitdieping van het probleem alleen maar groter. Vooral de onduidelijkheden, chaos en complexiteit van de procedures en administratie bleken een heikel punt. Daarnaast blijkt het zorgaanbod niet tegemoet te komen aan de grote zorgvraag die er momenteel heerst. De verwevenheid van zowel de Vlaamse als federale regering bij deze doelgroep maakt het probleem alleen nog complexer.

# 1 Probleemstelling

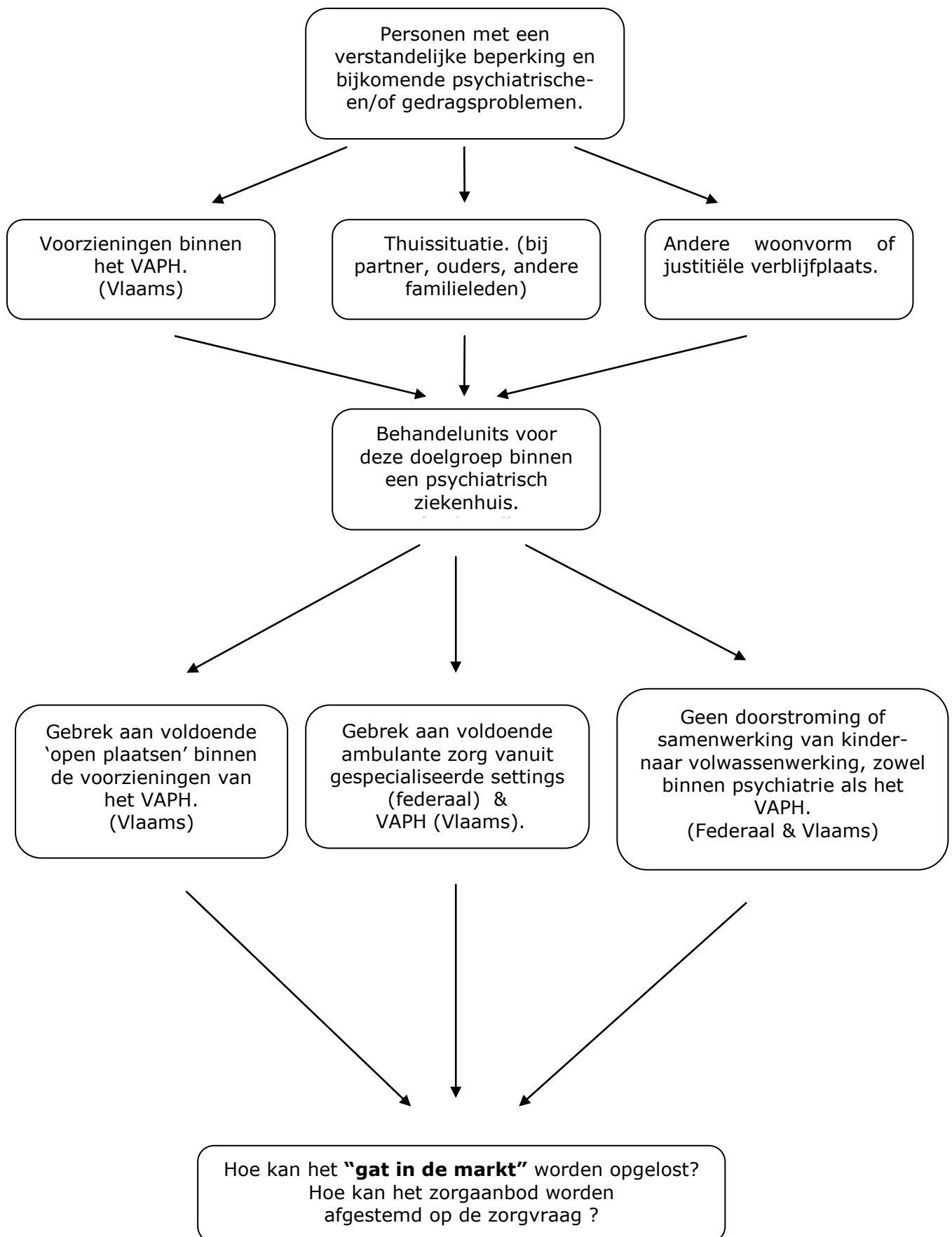
## 1.1 Gebrek aan zorgaanbod voor personen met een verstandelijke beperking en bijkomende psychiatrische- en/of gedragsproblemen.

Het zorgaanbod voor personen met een verstandelijk beperking en bijkomende psychiatrische- en/of gedragsproblemen is beperkt en kan geen antwoord meer bieden op de huidige zorgvraag. Er is duidelijk "een gat in de markt" binnen deze zorg.

Het huidige zorgaanbod is momenteel verdeeld over verschillende bevoegdheden, zowel Vlaams als federaal. Dit maakt dat de administratie en het algemeen beleid erg complex en chaotisch verlopen.

Zowel voor de cliënten, hun omgeving als de hulpverleners zorgt dit vaak voor onbegrip, twijfels en frustraties.

## 1.2 Conceptueel model



## 1.3 Vraagstellingen

- Klopt het dat er een tekort aan plaatsen is voor personen met een verstandelijke beperking en bijkomende psychiatrische en gedragsproblemen? Wat zijn hiervan de oorzaken?
- Wat is het huidige zorgaanbod en door welke instanties wordt dit georganiseerd?
- Wordt de problematiek complexer doorheen de jaren of blijft dit ongeveer gelijk?
- Hoe kan het tekort aan plaatsen worden opgelost naar de toekomst toe?



## 2 Methodologie

Met de **trefwoorden** "verstandelijke handicap", "mentaal gehandicapten", "gedragsproblemen", "psychiatrie", "orthopedagogie", "jongeren", ... heb ik gezocht naar informatie over de specifieke doelgroep. Door de zoektermen "AND" en "OR" toe te passen kon ik gericht zoeken. Aangezien dit een specifieke materie is, gebruikte ik de **sneeuwbalmethode**. Door literatuurlijsten van gevonden boeken, tijdschriften en naslagwerken te raadplegen ging letterlijk... de bal aan het rollen.

Ook de **snuffelmethode** kon ik toepassen door via bepaalde sites zoals "scholar google", databanken van bibliotheken, sites die zich richten naar hulpverleners en familieleden van personen met een verstandelijke beperking, enz. te zoeken achter relevante informatie.

Via het "**BIDOC-programma**" van de Katholieke Hogeschool Kempen te Lier heb ik deze zoektermen ingegeven. Door een gebrek aan relevante literatuur binnen de mediatheek van de KHK, heb ik me gericht naar het gebied "orthopedagogie". Via de zoekbank van de **stadbibliotheek van Antwerpen** kon ik verschillende boeken bestellen die relevant waren. Jammer genoeg bleek een aantal hiervan niet meer beschikbaar. Via het **Educatief Multimediaal Informatiecentrum van de Platijnhogeschool** te Antwerpen vond ik een aantal relevante boeken voor mijn AP.

Via het **vormingscentrum Guislain** te Gent vond ik de nodige relevante literatuur, zowel boeken als tijdschriften.

Om relevante informatie te vinden i.v.m. de beleidsnota's en evoluties op vlak van de overheid kon ik beroep doen op de **cursus "Dienstenaanbod sociale verpleegkunde"**. Via deze cursus vond ik de geschikte websites.

Voor de **websites** van het VAPH en de site van de federale en Vlaamse regering waren zinvol. Tijdschriften die door de overheid en het VAPH worden gepubliceerd zijn dankbaar materiaal om de meest actuele evoluties te kunnen opvolgen.

Daarnaast was het een meerwaarde om beroep te kunnen doen op **ervaringsdeskundigen** die de theorie kaderden naar de dagelijkse praktijk toe.

Doordat de materie zeer specifiek is en er momenteel veel veranderingen op til zijn rond deze problematiek was het niet eenvoudig om informatie te vinden over de knelpunten en het toekomstige beleid in recente wetenschappelijke bronnen. De meest recente informatie kon ik rechtstreeks verkrijgen bij het kabinet van de Vlaamse- en federale overheid die instaat voor deze materie en bij de ervaringsdeskundigen.

## 3 Resultaten

### 3.1 Situering verstandelijk gehandicapten met bijkomende psychiatrische- en/of gedragsproblemen.

#### 3.1.1 Praktijkvoorbeeld

**Is er een "gat in de markt"?**

**Verduidelijking aan de hand van een praktijkvoorbeeld.**

Guy verbleef lange tijd op een observatie- en behandelingsafdeling voor personen met een verstandelijke beperking en bijkomende psychiatrische- en/of gedragsproblemen. Hij is 37 jaar en gaat door het leven met een matig verstandelijke beperking. Door zijn verhaal te vertellen, wordt een duidelijker beeld geschetst van het schrijnend tekort aan open plaatsen voor deze doelgroep.

Op **1 juli 2003** ging hij samen met zijn moeder en de thuisbegeleidster naar de Knoop. Hij had geen duidelijk beeld van waar ze naar toe gingen, zijn moeder had hem verteld dat ze daar een praatje gingen maken. Naar aanleiding van het toenemend agressief gedrag en meermaals naar de politie bellen, werd er een opnamevraag gesteld en werd hij op de gespecialiseerde behandelunit opgenomen.

Vroeger werkte hij 5 jaar op een zorgboerderij waar hij een vaste begeleider had die hem goed aanvoelde en op een gepaste manier begeleidde. Het werk verliep zeer goed totdat de begeleider van werk veranderde. Vanaf toen namen de gedragsproblemen toe.

Zijn moeder had de voorbije 3 jaar reeds een hele zoektocht afgelegd naar een geschikte werk- en woonomgeving, maar omwille van zijn agressie werd hij overal afgewezen.

Van **juli tot oktober 2003** verbleef hij op de afdeling waar er zeer wisselend gedrag geobserveerd werd. De ene dag kon hij zich vrij goed aan de afdelingsafspraken houden, de andere dag was iedere banale reden goed om een conflict te doen ontstaan. De weekends werden geleidelijk aan opgebouwd en ook deze verliepen zeer wisselend. Het ene weekend was het uitstekend geweest en had hij zich goed geamuseerd. Het andere weekend trok hij plots aan de handrem wanneer zijn moeder aan het rijden was en werd het weekend vroegtijdig stopgezet.

In oktober en november werd de piste "dagcentrum en tehuis-niet-werkenden" bekeken en kon hij op kennismakingsgesprek. Hierna volgde wederom... de afwijzing. Het was duidelijk dat deze afwijzing en onzekerheid impact hadden op het gedrag van Guy. De begeleiding van Guy op de zorgeenheid ging verder, alsook de zoektocht naar een geschikte werk- en woonsituatie.

In **februari 2004** werd de zoektocht verdergezet. Er gebeurden verscheidene aanvragen bij voorzieningen binnen het VAPH met telkens hetzelfde antwoord...: "afgewezen omwille van agressie". Hij stond op de centrale wachtlijst voor een "tehuis-niet-werkenden" dus was het wachten tot er een plaatsje vrijkwam. Of was het toch niet zo eenvoudig?

Er werd een nieuwe zorgboerderij gevonden waar hij op kennismakingsgesprek mocht komen en er werd beslist dat hij er de volgende maand mocht gaan werken.

Vanaf **mei 2004** kwam hij in daghospitaal op de afdeling, want het werk op de boerderij liep erg goed. 's Avonds ging hij bij zijn moeder thuis slapen. Tijdens een weekend in juni ging hij met zijn moeder naar een shoppingcentrum. Daar zag hij een schattig hondje dat hij heel graag wilde hebben. Omdat er niet werd ingegaan op zijn wensen reageerde hij terug erg agressief waarop politietussenkomst nodig was en hij terug werd opgenomen op de zorgeenheid.

Van **september 2004 tot februari 2005** werden er verschillende nieuwe aanmeldingen gedaan bij zowel "tehuizen-niet-werkenden" en dagcentra, maar hij werd telkens afgewezen omwille van ... zijn agressief gedrag.

Vanaf **november 2004** werkte hij op een interne arbeidszorg in de groendienst. Ook dit wordt stopgezet omwille van agressie. Hij deed de schoppen stuk omdat hij het werk niet graag deed.

In **maart 2005** volgde een gesprek over de mogelijke toekomstplannen. Daaruit bleek dat de zorgboerderij en een "tehuis-niet-werkenden" niet kon gecombineerd worden volgens de normen van het VAPH.

Er kwam het bericht dat hij terecht zou kunnen bij een tehuis met antroposofische strekkingen. In juni werd hij afgewezen voor deze voorziening omwille van... agressie. De onzekerheid en spanning rond de onduidelijkheid namen toe en zijn gedragsproblemen kwamen tijdens deze periode meer tot uiting.

Er gebeurde terug een aanmelding voor een "tehuis-niet-werkenden" maar die werd wederom niet weerhouden. Er volgde in **september 2005** een ontslag naar huis.

In **oktober 2005** werd hij korte tijd heropgenomen naar aanleiding van een agressieve uitval. Hij werd boos op de zorgboerderij omdat hij niet met de tractor mocht rijden. Wanneer hij met zijn moeder naar huis reed, heeft hij de voorruit van de auto uitgeklopt.

Rond **januari 2006** werd er gemeld dat hij niet langer terecht kon in de zorgboerderij want zij gingen zich toespitsen op een doelgroep met Autisme Spectrum Stoornis.

Er volgden wederom verscheidene aanvragen voor "tehuizen-niet-werkenden" en dagcentra met telkens hetzelfde resultaat... afgewezen omwille van agressie.

Even was er een sprankeltje hoop. Er zou een plaats vrijkomen binnen een voorziening met een antroposofische visie en er was zelfs sprake van dat hij een proefperiode mocht doen. Jammer genoeg kwam 2 maanden later het bericht dat er een andere kandidaat werd gekozen.

Tijdens een weekend was er weer een agressie-incident. Zijn moeder belde naar de zorgeenheid terwijl ze onder het bed zat, waarbij Guy haar met een bezemsteel aan het porren was. Er was politiebijstand nodig en hij werd terug voltijds opgenomen.

De fysieke agressie nam toe, zowel op de zorgeenheid als bij de ouders.

Ondertussen ging de speurtocht naar een geschikte woonvorm verder...

Op de afdeling was er nog steeds wisselend gedrag merkbaar. De ene dag was hij een echte "knuffelbeer", de andere dag waren er geregeld conflicten. Hierbij was het van groot belang om een evenwicht te zoeken tussen een strikte gedragsmatige aanpak en een volwassen behandeling met een beperkte vrijheid.

In **oktober 2006** mocht hij een proefperiode doen binnen een voorziening, waarbij hij de boodschap kreeg dat hij bij goed gedrag direct in aanmerking kwam voor een open plaats. Dit maakte hem erg onzeker en de spanningen die hiermee gepaard gingen namen toe. Uiteindelijk bleek zijn proefperiode goed verlopen te zijn en mocht hij vanaf januari in deze voorziening gaan wonen.

Opgelost denk je dan... of toch niet?

In **juni 2007** werd hij terug opgenomen op de zorgeenheid n.a.v. agressie. Er was op voorhand niet gezegd dat hij terug werd opgenomen en hij werd met een "smoes" binnengebracht. Dit zorgde al direct voor de nodige weerstand en het vertrouwen in de begeleiding van de voorziening werd behoorlijk geschonden. Na korte tijd werden de weekends met de ouders terug opgebouwd. Hij vertelde niet terug te willen gaan wonen in zijn voorziening. In **augustus 2007** werd hij terug ontslagen op de zorgeenheid en ging hij terug naar de voorziening.

Er was terug een crisisopname van 3 weken noodzakelijk in **februari 2008** omwille van agressief gedrag t.o.v. een personeelslid.

In **juli 2008** volgde wederom een heropname omwille van ... een extreem vertraagd EEG, niet omwille van agressie! Tijdens deze opname belde zijn moeder in paniek naar de zorgeenheid. Zij had een brief gekregen dat Guy ontslagen werd op de voorziening. Dit werd nog een tijd verzwegen voor Guy, maar hij merkte aan zijn moeder dat er wat aan de hand was. Hierop ging zijn agressief gedrag toenemen en was er meermaals politietussenkomst nodig tijdens de weekends.

Naar de toekomst toe zal de huidige woonvorm een nieuwe woonvorm moeten zoeken. Voor **15 januari 2009** moest hij terug naar de vorige woonvorm omdat zij anders niet meer verantwoordelijk waren en ze hem dan definitief konden ontslagen zonder verdere zorg of andere woonvorm te zoeken voor hem. Op **7 januari 2009** wordt hij ontslagen naar zijn vorige voorziening.

In **februari 2009** was de situatie onhoudbaar geworden en vroeg zijn moeder de zorgeenheid om uitdrukkelijke hulp. Er volgde een daghospitalisatie en hij ging terug bij zijn moeder wonen. Na een aantal weken volstond daghospitalisatie niet meer en volgde er wederom een voltijdse opname n.a.v. zware agressie.

Er kwam ook aan het licht dat er door de vorige voorziening al die tijd niets was ondernomen om een nieuwe woonvorm te zoeken en dat hij in deze voorziening niet terug mocht gaan wonen.

Dus... begon de zoektocht nog eens opnieuw!

Hij werd als "noodsituatie" aangemeld op de centrale wachtlijst zodat hij versneld in aanmerking kon komen voor een "tehuis-niet-werkenden" of een dagcentrum. Zijn moeder had het in eerste instantie moeilijk om te aanvaarden dat een "noodsituatie" de enige manier was om "snel" een oplossing te vinden. Bij deze procedure kunnen er namelijk geen wensen worden opgegeven voor bv. regio of doelgroep en kon hij overal terecht komen waar er dat moment plaats was.

Op de zorgeenheid zagen we het gekende gedrag nogmaals terugkeren, de agressie nam in frequentie toe en hij werd opstandiger.

In **mei 2009** was zijn moeder ten einde raad en schakelde ze de pers in om een oplossing te zoeken voor Guy. Er kwam weeral "valse hoop" want er werd een zorgboerderij gevonden maar ook zij haakten op het laatste moment weer af. Er werd nogmaals een aanvraag gedaan bij een "tehuis-niet-werkenden" waar een plaats vrijkwam, maar op het laatste moment werd deze ingenomen door een andere kandidaat en was het dus weeral... wachten!

Op de zorgeenheid zagen we dat Guy meer en meer afwijzingen opzocht en dat het moeilijker werd om hem uit het negatieve spiraal te krijgen.

Er kwam het bericht dat we Guy moesten ontslaan omdat hij op deze manier sneller in aanmerking kon komen voor een open plaats binnen het VAPH.

Er was zicht op een open plaats binnen een voorziening, maar het was nog even wachten tot er zekerheid kwam.

En dan kwam het verlossende bericht dat Guy een goedkeuring kreeg en vanaf **november 2009** een nieuwe woonvorm had!

*Het is onwaarschijnlijk dat het meer dan 6 jaar heeft geduurd om een geschikte woonvorm te vinden voor iemand die aangepaste begeleiding en structuur nodig heeft. Een heleboel afwijzingen, teleurstellingen en onduidelijkheden zorgen er bij zowel de cliënt als zijn omgeving voor, dat de frustraties en bijhorende gevoelens toenemen. Dit is het verhaal van Guy, maar er zijn nog "vele wachtenden" achter hem...*

## 3.1.2 Historiek

### 3.1.2.1 Psychiatrische ziekenhuizen

Het voorkomen van psychische problemen is een fenomeen van alle tijden en plaatsen. Er zijn altijd mensen geweest die in de ogen van anderen 'raar' of 'gek' deden.

In de prehistorie en in de traditionele culturen zien we dat ziekte en waanzin worden toegeschreven aan boze geesten en dat medicijnmannen en sjamanen ingeschakeld worden om met de geestenwereld te communiceren.

In de Middeleeuwen werd opvallende gekte beschouwd als 'een straf van God' of als een teken van duivelse 'bezetenheid'. Zulke mensen moesten boete doen of eindigden in de gevangenis of op de brandstapel. Met de toenemende invloed van de geneeskunde, vooral vanaf de 17<sup>de</sup> eeuw, sprak men van 'krankzinnigheid' en 'geestesziekte'. Voor deze zieken bestond de behandeling hoofdzakelijk uit opsluiting in speciale gestichten of asielen waar ze vaak in mensonwaardige omstandigheden leefden. In de 19<sup>de</sup> eeuw verwierpen de 'zenuwziekten' een aparte plaats in de geneeskunde. Ze werden nu geordend volgens een eigen classificatiesysteem en grotendeels gelijkgesteld met hersenziekten. De asielen werden geleidelijk omgevormd tot ziekenhuizen, waar de verzorging verbeterde maar de behandeling beperkt bleef. Vanaf de vorige eeuwenwisseling werden psychiatrische stoornissen in toenemende mate psychologisch verklaard en behandeld. De psychotherapie zou echter vooral van toepassing zijn op de 'lichtere' stoornissen. De 'zware' psychiatrische patiënten waren vaak aangewezen op een levenslange verblijf in de kliniek. De ontdekking van enkele belangrijke medicijnen tegen depressie, angst en psychose zorgde in de jaren '60 voor een belangrijke omwenteling. Daarop volgde een periode van felle kritiek vanuit de anti-psychiatrie, een beweging die zich afzette tegen de medische psychiatrie. Niet de mensen waren ziek maar de samenleving! En psychiatrische stoornissen waren slechts valse etiketten voor mensen die maatschappelijk niet 'in de pas liepen'. Intussen is de storm al lang geluwd en heeft de psychiatrie zich tot een veelvuldig vakgebied ontwikkeld. De 3 grote stromingen, die elk apart ooit de geschiedenis van de psychiatrie beheersten, komen nu als deelterrein of specialistische visies naast elkaar voor: de biologische, de psychotherapeutische en de sociale richting. De psychiatrie van vandaag zit niet langer in een instituut opgeborgen. Al blijven er nog drempels, de deuren en vensters zijn naar buiten opengezet. De televisie toont dit ook overvloedig: in allerlei films, documentaires en praatshows lijkt het er zelfs op of de psychiatrie alom tegenwoordig is. Gisteren een taboe, vandaag een mode, en morgen...

(Vandereycken et al., 2004 & Vanderplasschen et al., 2006)

De geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen is ontstaan door de inbreng van Dokter Jozef Guislain en kanunnik Petrus Jozef Triest. Zij worden beschouwd als de pioniers van de geestelijke gezondheidszorg in ons land. Door de samenwerking vanuit hun specifieke achtergrond, nl. vanuit religieuze en humane overwegingen en vanuit medisch-wetenschappelijke inzichten creëerden ze een nieuwe visie. Er ontstond een behandelingsconcept voor de uitbouw van de psychiatrische zorg in België waardoor de mensonterende toestanden in de Gentse krankzinnigengestichten konden aangepakt worden.

Vanaf de jaren '60 werd de 'moderne' psychiatrie uitgebouwd en er ontstond een keerpunt in de geschiedenis v/d psychiatrie. De bescherming en bewaking van de geesteszieke maakten plaats voor behandeling. Niet alleen de residentiële psychiatrische zorg kreeg vorm, maar ook het ambulante luik werd geleidelijk uitgebouwd.

Op deze manier probeerde men om preventief te werken en psychische problemen vroegtijdig op te sporen. De echte uitbouw van de ambulante geestelijke gezondheidszorg kwam er pas in 1975 met de oprichting van de diensten geestelijke gezondheidszorg (nu gekend als CGGZ of Centra voor Geestelijke GezondheidsZorg). Deze diensten beschikten over een multidisciplinair team en waren voor hun subsidiëring niet afhankelijk van het aantal geleverde prestaties. Met de uitbouw van een geografisch goed gespreid netwerk van ambulante centra geestelijke gezondheidszorg werd definitief gebroken met de idee dat psychische problemen enkel te behandelen zijn in een instelling.  
(Vanderplasschen et al., 2006)

### **3.1.2.2 Zorg voor personen met een verstandelijke handicap**

Voor 1800 bestond er een algemene desinteresse voor personen met een verstandelijke handicap. Men sprak over asielen voor 'onaangepasten' waar zij werden samengebracht ter bescherming van de maatschappij. Personen met een verstandelijke handicap, psychische problemen, en lichamelijke handicaps werden er 'bewaard'. Nergens wordt melding gemaakt van behandeling of enige stimulatie.

Dankzij de ontwikkelingen in de psychiatrie konden 'krankzinnigen' en 'verstandelijke handicap' van elkaar worden onderscheiden. Hierbij zag men dat een medisch-pedagogische benadering veel voordelen bood bij de behandeling van 'idioten'. Nadien bekeek men 'zwakzinnigheid' als de zwakte van de centrale verstandszin. Men dacht dat er verbetering mogelijk zou worden door medicatie en training en men zag het belang van een goede observatie. Op basis van deze gedachten kon men de juiste therapeutische en opvoedkundige behandelingen afstemmen. Men richtte een school op voor 'idioten' en werkte een onderwijsmethode uit waarbij men zich voor een groot deel baseerde op het religieuze aspect. Hierbij verplaatste men de nadruk van het individuele onderricht naar behandeling in groep.

Rond 1850 ontstonden in Europa en de Verenigde Staten de eerste inrichtingen, die hun inspiratie haalden bij een Duitse voorziening die zich baseerde op de natuurfilosofie. De zuivere lucht, het gezonde klimaat, een voedingsrijk dieet, baden met geneeskrachtige kruiden, behandelingen met elektriciteit en experimenten met medicamenteuze preparaten werden geacht invloed te hebben op de personen met een verstandelijke handicap.

In de volgende jaren groeide de belangstelling voor het lichaam en de hersenen. Er werd veel aandacht besteed aan de uiterlijke kenmerken en in deze periode beschreef men het 'mongolisme'. Men probeerde de oorzaken, de vormen en de gradaties terug te vinden, en was op zoek naar een wetenschappelijke verklaring.

De combinatie van deze 'biologische zoektocht' met de 'minderwaardigheid' in maatschappelijk opzicht brachten verstandelijk gehandicapten in verband met criminaliteit, armoede en leven aan de zijlijn van de maatschappij. Dit werd bekeken in een 'erfelijkheidsperspectief.'

Deze gedachtegang had uitstoting van de personen met een handicap voor gevolg: ze werden in inrichtingen ondergebracht ter bescherming van de maatschappij. Bovendien werden in Amerika sterilisatiewetten uitgevaardigd.

Bij het begin van de 20<sup>ste</sup> eeuw werd een onderzoek gedaan naar een methode om lichtere vormen van verstandelijke handicap te kunnen opsporen. Hieruit groeide het 'intelligentiequotiënt' waarbij men het IQ als aangeboren en onveranderlijk beschouwden. Men had nu ook aandacht voor mensen met een lichtere vorm van verstandelijke handicap en men startte een werking op binnen het buitengewoon onderwijs. Vanaf nu werd er niet alleen meer naar de 'zwaardere' vormen van verstandelijke handicap gekeken.

Ook de opvoeding en sociale groep waartoe men behoorde werden als beïnvloedende factoren gezien.

Vanaf 1950 onstond er een denkpijpe waarbij men worstelde tussen enerzijds het instituutgericht denken en anderzijds het denken dat geloofde in integratie en inclusie. Er kwam een tegenstroom op gang waarbij men na studies merkte dat er een gevaar bestond op het ontwikkelen van ontwikkelingsstoornissen bij mensen die lange tijd in instellingen verbleven. Het gebrek aan stimulans, geborgenheid en vaste relaties zou hierbij aan de basis liggen. Er bleek ook een grote barrière tegenover het sociaal contact met de buitenwereld. Men ontdekte dat het leven in een 'instituut' als gevolg had dat hun persoonlijkheid wordt aangetast of afgebroken, er steeds een sterke greep is op de cliënten, hun persoonlijke hygiëne verloren gaat en hun privacy wordt geschonden. Ze verliezen ook hun mogelijkheid om autonoom te handelen en ze leven constant in een sfeer van extreme sociale controle. Bij het leven in een 'instituut' worden ze constant onderworpen aan het collectieve.

Hierdoor werd het 'normalisatiedenken' ontwikkeld, waarbij men zich grote vragen stelde over de instelling als organisatie- en leefvorm. Men stelde dat alle personen met een verstandelijke handicap moesten worden opgevangen in levensomstandigheden die zo dicht mogelijk de gewone omstandigheden van de samenleving benaderen. Sinds de Verklaring van de Rechten van Verstandelijk Gehandicapte Personen (Verenigde Naties 1971) dringt deze manier van denken steeds meer door waarbij men meer gaat geloven in de mogelijkheden van mensen met een verstandelijke beperking.

Al deze invloeden gaan er voor zorgen dat er veranderingen optreden binnen de inrichtingen zelf. Er gaan kleinschaliger woonprojecten worden gevormd en er komt inspraak voor de bewoners. Ook buiten de inrichtingen worden projecten uitgebouwd, o.a. externe werkvormen, thuisbegeleidingsdiensten en begeleid wonen.

(Broekaert, E., 1993)

Men gaat mensen met een handicap als gewone burgers beschouwen waarbij ze deel gaan uitmaken van de maatschappij. Hierbij gaat de kwaliteit van het leven als persoon met een handicap centraal staan. Men vertrekt vanuit de noden en wensen van de persoon. De begeleiding die iemand krijgt zal moeten aansluiten bij datgene wat de persoon zelf wil en kan. Ondersteuning wil hierbij niet zeggen dat alle taken worden overgenomen, maar dat de persoon wordt begeleid en gestimuleerd om zoveel mogelijk zelf te doen. Hierbij ervaart hij succeservaringen wat hem motiveert om verder te werken aan zijn eigen persoon.

### **3.1.2.3 Zorgeenheden binnen een psychiatrisch ziekenhuis voor personen met een verstandelijke beperking en bijkomende gedrags- en/of psychische problemen**

Deze gespecialiseerde zorgeenheden werden ongeveer 10 jaar geleden in sommige psychiatrische ziekenhuizen binnen de bestaande A-bedden opgericht voor personen met een licht tot matige verstandelijke handicap. Er bestond immers een duidelijke nood, gezien zich vanaf de jaren '60 een apart werkveld ontwikkelde gespecialiseerd in de zorg voor personen met een handicap (de Vlaams Fonds-sector). Voordien werden de meeste mensen met een verstandelijke handicap opgevangen binnen de psychiatrische ziekenhuizen. De deinstitutionalisering in de gehandicaptenzorg bracht de nood aan psychiatrische begeleiding/behandeling van personen met een verstandelijke handicap meer op de voorgrond. Veel mensen met een verstandelijke beperking vertoonden ook nog psychiatrische- en/of gedragsproblemen. Het bleek al snel dat de bestaande psychiatrische diensten niet het gepaste aanbod konden bieden aan deze kwetsbare doelgroep met een complexe en dubbele problematiek. Het is een doelgroep die in veel gevallen tussen wal en schip viel. Mensen met een verstandelijke beperking en psychische problemen konden moeilijk terecht binnen de gehandicaptenzorg, omdat men de behandeling van psychische problemen als een taak van de geestelijke gezondheidszorg zag. Deze sector had dan weer geen traditie en expertise op het vlak van het werken met personen met een handicap en vond dat de gehandicaptensector dit moest oplossen.

Bijkomend argument voor de psychiatrische ziekenhuizen om dit niet te doen was dat de voorzieningen gesubsidieerd worden door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap. Deze middelen waren aanzienlijk groter dan t.o.v. de psychiatrische eenheden.

Pas in 1994 herziet de congregatie van de Broeders van Liefde haar visie. Waar zij tot dan toe de visie hadden aangenomen dat personen met een verstandelijke beperking niet meer thuishoorden in een psychiatrisch ziekenhuis, hadden zij nu de intentie om een gedeelte van de zorg op zich te nemen. Er werden gespecialiseerde units opgericht voor personen met een lichte tot matige verstandelijke handicap voor observatie- en kortdurende behandeling. Ook op andere plaatsen werden initiatieven genomen voor deze doelgroep. Dit kon enkel binnen de bestaande A-norm, wat leidde tot de toch wel bizarre situatie dat de personeelsbezetting in deze diensten lager is dan deze van de woonvoorzieningen waarin deze mensen verblijven.  
(Vanderplasschen et al., 2006 & Andries, J. 2003)

### 3.1.3 Verduidelijking problematiek

#### 3.1.3.1 Verduidelijking verstandelijke beperking

Er werden reeds zeer verschillende naamgevingen, omschrijvingen en definities uitgewerkt om een persoon met een verstandelijke beperking te omschrijven. Ook nu nog ontmoet men een veelheid van begrippen, zoals 'zwakzinnigheid', 'oligofrenie', 'geestelijk gehandicapt', mentaal gehandicapt', 'subnormality', 'mental deficiency', 'mental retardation', enz.  
(Broekaert, E. 1993)

*Volgens de internationale classificatiesystemen (ICD-10 en DSM IV), die zich baseren op de American Association of Mental Retardation (AAMR), "betekent een verstandelijke handicap een aangeboren of later optredende beperking in het intellectueel functioneren."*

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen verstandelijke handicaps die aangeboren zijn en letsels die veroorzaakt worden door een niet-aangeboren hersenaandoening bv. hersenletsels na trauma's.

Om een indeling te maken naar "graad van handicap" gebruikt men het IQ. Het IQ wordt hierbij gemeten met een intelligentietest. Dit classificatiesysteem kan iets verschillen naargelang de auteur.

zwakbegaafd	IQ 70/75-85/90
lichte verstandelijke handicap	IQ 50/55-70
matige verstandelijke handicap	IQ 35/40-50/55
ernstige verstandelijke handicap	IQ 20/25-35/40
diepe verstandelijke handicap	IQ lager dan 20/25

([www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl))

We merken vaak dat er een discrepantie is tussen de verschillende gebieden binnen het IQ. Zo kunnen er grote verschillen worden genoteerd tussen bv. het verbaal, emotioneel of sociaal IQ. Dit geeft een vertekend beeld van de mogelijkheden van de persoon en maakt het vaak moeilijk om een juiste inschatting te kunnen maken.

Naast een indeling op IQ-basis wordt mentale handicap ook in een aantal medische classificatiesystemen opgenomen, bijvoorbeeld DSM IV.



De Wereldgezondheidsorganisatie heeft in 1980 een International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) uitgegeven. Ze werd in het Nederlands vertaald als: Internationale Classificatie van Stoornissen, Beperkingen en Handicaps. Dit classificatiemodel wordt gebruikt in het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap. Ze omvat de deelclassificaties: stoornis (impairment), beperking (disability) en handicap (Broekaert, E. 1993).

### 3.1.3.2 Psychiatrische- en/of gedragsproblemen

#### 3.1.3.2.1 Psychiatrische problemen.

Psychiatrische stoornissen kunnen we onderverdelen via diagnostische omschrijvingen. We kunnen de psychiatrische stoornissen ordenen via 2 classificatiemethoden, namelijk aan de hand van de 'International Classification of Diseases' afgekort ICD-10 of via de DSM (Diagnostic and Statistical Manual). Aangezien de DSM-IV het meest wordt gebruikt, hanteren we in dit werk deze methode. De DSM-IV staat los van de mogelijke oorzaken. Deze indeling steunt op heldere en ondubbelzinnige criteria, die bruikbaar zijn in de diagnostische praktijk en het wetenschappelijk onderzoek.

Het DSM-systeem beperkt zich niet tot de precieze beschrijving van psychiatrische syndromen, maar beoogt verschillende aspecten van de diagnose aan de orde te stellen. Naast de vaststelling van aard, ernst en duur van de psychiatrische stoornis, moet ook rekening worden gehouden met de lichamelijke toestand en het algemeen functioneren van de patiënt. Deze verschillende diagnostische gegevens worden gestructureerd en samengevat op 5 verschillende niveaus, in de DSM-assen genoemd:

- I klinische syndromen
- II persoonlijkheidsstoornissen
- III lichamelijke aandoeningen
- IV psychosociale aandoeningen
- V globaal functioneren

**Klinische syndromen** bevat de classificatie van de meest bekende psychiatrische syndromen, waarbij telkens de noodzakelijke kenmerken (belangrijkste symptomen) worden aangegeven. De diagnose steunt op 2 principes: spaarzaamheid en rangorde. De regel van spaarzaamheid houdt in dat men zo veel mogelijk moet zoeken naar één diagnose waarin alle verschijnselen onder te brengen zijn. Daarnaast gaat men kijken bij welk syndroom hoort dit symptoom en kan er een "rangorde" worden aangelegd. Men kan de psychiatrische stoornissen ordenen volgens een hiërarchie van belangrijkheid: wanneer bepaalde verschijnselen bij meer syndromen kunnen thuishoren, moet men voorrang geven aan de diagnose van hogere rangorde. In afdalende orde van belangrijkheid ziet de hiërarchie er als volgt uit: psycho-organische stoornissen, stoornissen ten gevolge van gebruik van alcohol en drugs, (functionele) psychosen, stemmingsstoornissen, angststoornissen en vervolgens (zonder verdere rangordening) de overige syndromen.

Het uitgangspunt van de DSM IV is louter beschrijvend en objectief te blijven en geen interpretaties te doen. Bevragen of de klachten of symptomen mogelijk te wijten zijn aan een afwijking in bepaalde hersenfuncties of aan een lichamelijke aandoening is wel van belang? Vanzelfsprekend veronderstelt een dergelijke diagnose een grondig medisch onderzoek.

Met **persoonlijkheidsstoornissen** bedoelen we een voor elk individu kenmerkende levensstijl of karakteristiek patroon van omgang met de buitenwereld. Er is een grote verscheidenheid aan persoonlijkheidstrekken en hierbij spelen de socioculturele factoren een grote rol. Bij de persoonlijkheidsstoornissen gaat men hiervoor geen ordening aanbrengen. Een stoornis van de persoonlijkheid wordt vaak al bepaald tijdens de kinder- en jeugd jaren en heeft een grote invloed op het dagelijks leven van de patiënt en zijn omgeving.

Bij **lichamelijke stoornissen** gaat het om een ziekte, aandoening of handicap die samenhangt met het gestoorde psychisch functioneren en de vraag of die een belangrijke rol speelt bij de psychiatrische behandeling van de patiënt. Het kan een lichamelijke aandoening zijn, bijvoorbeeld een schildklierafwijking, die oorzakelijk samenhangt met een psychiatrisch syndroom, bijvoorbeeld een depressie. Het kan ook een psychologische reactie zijn op een lichamelijke aandoening waarbij de cliënt psychisch anders gaat functioneren nadat hij vernomen heeft dat hij een hersenletsel heeft opgelopen na een auto-ongeval.

Bij **psychosociale problemen** (stress-factoren) gaat het om aandacht voor de sociale context van patiënten. Hierbij zal de diagnose, behandeling of prognose de psychiatrische stoornis beïnvloeden. Het kan gaan om elke negatieve levensgebeurtenis (bv. het overlijden van de partner), omgevingsproblemen (bv. huisvesting), economische problemen (bv. financiële krapte), studie- of werkproblemen, problemen in familie- en andere persoonlijke relaties (bv. seksueel of lichamelijk misbruik). Een psychiatrische stoornis zelf kan leiden tot psychosociale problemen.

Het psychisch, maatschappelijk en beroepsmatig functioneren wordt beoordeeld volgens een schaal: hoe 'gezonder' hoe meer punten. Heeft de patiënt bijvoorbeeld slechts alledaagse probleempjes, dan wordt het niveau van het **globaal functioneren** uitgedrukt met de code 81-90, terwijl een suïcidepoging met duidelijke bedoeling van zelfdoding wordt gecodeerd als niveau 1-10. Al kan men kritiek uiten op het gebruik van een dergelijke cijferbeoordeling, toch is de basisgedachte toe te juichen omdat er op deze manier een objectieve en eenzijdige communicatie ontstaat tussen hulpverleners.

In de praktijk komt het regelmatig voor dat er 2 of meer stoornissen op as I kunnen worden gediagnosticeerd. Men duidt dan de hoofddiagnose aan, dat wil zeggen: de stoornis die in eerste instantie verantwoordelijk was voor het onderzoek of de behandeling. Het samen voorkomen van meerdere stoornissen bij dezelfde patiënt noemt men comorbiditeit.

Bij personen met een verstandelijke beperking en bijkomende gedrags- en psychiatrische problematiek spreekt men steeds van dubbeldiagnose.

DSM-IV is een classificatiesysteem om wetenschappelijk onderzoek en communicatie te vergemakkelijken. In de klinische praktijk en hulpverlening mag men het systeem niet als een soort catalogus hanteren, waarmee men even nagaat in welk vakje de patiënt zou passen. (Vandereycken et al., 2004)

### 3.1.3.2.2 Gedragsproblemen

Gedrags- en psychische stoornissen komen bij mensen met een verstandelijke beperking vaak voor. Mensen met gedragsproblemen zijn een stuk vastgelopen in hun eigen moeilijkheden. Ze zijn de weg kwijtgeraakt en hebben hulp nodig om terug op het rechte pad te geraken.

Iedereen "loopt wel eens vast". Alleen hebben mensen met een verstandelijke beperking vaak te beperkte mogelijkheden om zelf uit deze situatie te geraken waardoor externe hulp noodzakelijk is.

*Volgens Dösen wordt "In de dagelijkse praktijk de term gedragsstoornis meestal gehanteerd als het om voor de omgeving storende elementen in de interactie gaat."*

Hoe de omgeving naar het probleemgedrag kijkt, blijkt in eerste instantie bepalend te zijn om te kunnen spreken van gedragsproblemen. Het is duidelijk dat de ene mens een grotere draagkracht heeft dan de andere waarbij de term "probleemgedrag" vrij subjectief wordt. Meestal wordt er gesignaleerd dat er gedragsproblemen voorkomen wanneer de norm of het 'aankunnen van' overschreden werd.

Gedragsproblemen worden vaak gezien als geëxternaliseerde problemen, waarbij vooral de omgeving lijdt onder deze gedragsproblemen. Men kan de vraag stellen of de gedragsproblemen vaak geen uiting zijn van emotionele, sociale én psychische problemen. Deze gebieden lopen door elkaar waardoor de oorzaak en begeleiding van de gedragsproblemen ook moet gezocht worden in al deze gebieden.

Het zoeken naar de oorzaak is voor de hulpverlener vaak spionagewerk. Het vraagt erg veel geduld en de puzzel moet stuk voor stuk gelegd worden.

Het aanvaarden van hun mogelijkheden en beperkingen is dikwijls de oorzaak van gedragsproblemen. Deze uiten zich dan meestal in stoornissen in de impulscontrole. We zijn er ons vaak niet van bewust dat het "leren leven" met een beperking erg confronterend is.

## **3.2 Huidig zorgaanbod**

### **3.2.1 Zorgvoorzieningen verbonden aan psychiatrische ziekenhuizen.**

#### **3.2.1.1 Psychiatrische ziekenhuizen & K- diensten**

Binnen de psychiatrische ziekenhuizen is er een ruim aanbod aan hulpverlening en specialisaties die zich op verscheidene pathologieën toespitst. Momenteel is een psychiatrisch ziekenhuis slechts één van de vele opvangvormen binnen de geestelijke gezondheidszorg. De functie van het psychiatrisch ziekenhuis bestaat voornamelijk uit het aanbieden van gespecialiseerde, multidisciplinaire zorg aan personen met een psychiatrische problematiek. Men maakt hierbij een onderscheid tussen twee types behandeling voor volwassenen: acute of intensieve behandeling (opname) en langdurige behandeling of resocialisatie. Daarnaast is er ook de partiële hospitalisatie mogelijk en kan een patiënt deeltijds in behandeling genomen worden.

K-diensten richten zich naar kinderen en jongeren met een psychiatrische stoornis of gedragsproblemen. De problematiek van de jongeren op de K-dienst is gevarieerd. Globaal gaat het om jongeren met gedragsmoeilijkheden, emotionele problemen, relationeel disfunctioneren,... die als gemeenschappelijk kenmerk vertonen dat zij op verschillende terreinen ernstig zijn vastgelopen en waar ambulante hulp onvoldoende impact had om de negatieve cirkel te doorbreken. Er worden ook een aantal "kinderpsychiatrische syndromen", zoals A.D.H.D, leerstoornissen, pervasieve ontwikkelingsstoornissen (A.S.S), hechtingsstoornissen, depressie, posttraumatische stressstoornissen, eetstoornissen,... behandeld. Ook hier ligt de nadruk op observatie en behandeling en samenwerking met het kind en zijn omgeving.

In dit afstudeerproject wordt de klemtoon gelegd bij jongeren en adolescenten, waardoor de werking van een K- dienst niet verder zal besproken worden. Het geeft wel een beeld van het zorgaanbod voor kinderen en jongeren.

### **3.2.1.2 PAAZ**

Midden de jaren '70 werden de eerste psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen geopend, beter bekend als de Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis of PAAZ. Veel algemene ziekenhuizen beschikken over een dergelijke psychiatrische afdeling. Hier neemt men personen op met een psychiatrische problematiek, voor een tijdsduur van maximum 3 maanden.

Het is vaak een kleinere stap om in een algemeen ziekenhuis hulp te vragen bij een psychiatrisch ziektebeeld. Tenslotte ga je bij een ongeluk of ziekte ook naar een ziekenhuis. De drempel om hulp te zoeken in een psychiatrisch ziekenhuis blijft tot op de dag van vandaag niet eenvoudig. Er heerst nog steeds een angst en taboe rond het gegeven "psychiatrie".

### **3.2.1.3 Psychiatrische Verzorgingstehuis en Beschut wonen**

Er werden een aantal residentiële bedden afgebouwd om plaats te maken voor twee nieuwe zorgvormen: Beschut Wonen en Psychiatrische Verzorgingstehuizen.

Het Psychiatrische Verzorgingstehuis was vooral bedoeld als alternatief voor de chronische, gestabiliseerde populatie in heel wat psychiatrische ziekenhuizen die nog een bepaalde mate van begeleiding en verzorging nodig had. De leeftijd van ongeveer de helft van de patiënten in de PVT's is dan ook ouder dan 65. Gezien de hoge leeftijd van heel wat van deze patiënten en een groot percentage mensen met een verstandelijke handicap binnen deze doelgroep, werd een onderscheid gemaakt tussen "uitdovende" bedden (bedden verdwijnen wanneer de patiënt ontslagen wordt of sterft) en "definitieve" bedden (zonder beperking in tijd).

Er werden PVT-afdelingen opgericht die zich specifiek richten naar personen met een verstandelijke beperking. Naar de toekomst toe worden deze bedden eveneens afgebouwd en zal er binnen het VAPH ruimte moeten gecreëerd worden om deze cliënten op te vangen.

Beschut wonen is gericht op de resocialisatie en re-integratie van patiënten na hun ontslag uit een psychiatrisch ziekenhuis. Beschut wonen situeert zich in de fase van de nazorg en de bewoners leven er in een gewoon huis in de straat. Van buitenaf is er geen verschil merkbaar met andere woningen. Bewoners leven in de samenleving en gaan ook naar de winkel zoals iedereen. Beschut wonen betekent voor sommigen een overgang naar een zelfstandig leven in de maatschappij, voor anderen is beschut wonen een definitieve woonvorm.

Beschut wonen begeleidt mensen met psychische problemen die echter geen nood hebben aan een permanent verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis. Zij moeten wel nog geholpen worden bij het wonen en bij het verwerven van sociale vaardigheden. Alleen wonen zonder professionele hulp is onmogelijk voor hen.

Voor de bewoners worden aangepaste dagactiviteiten georganiseerd: sommigen volgen een opleiding, anderen werken of doen vrijwilligerswerk en nog anderen gaan misschien naar een activiteitscentrum of naar de dagbehandeling van het psychiatrisch ziekenhuis.

Gemiddeld komt een begeleider één keer per week langs. Dan worden een aantal zaken besproken die voor iedereen belangrijk zijn. Daarnaast is er ook een individuele begeleiding waarbij aandacht wordt geschonken aan de activiteiten van het dagelijks leven. Het personeel heeft dus vooral een begeleidende taak die in essentie gericht is op de maximale ontwikkeling van de persoonlijke zelfstandigheid van de bewoners.

### 3.2.1.4 Gezinsverpleging

Gezinsverpleging heeft een eeuwenoude traditie. In Geel bieden gezinnen een houvast en geborgenheid. Heel wat gezinnen zetten hun deuren open voor chronische psychiatrische patiënten die ze bij hen thuis opvangen met toezicht en ondersteuning vanuit het ziekenhuis. De geborgenheid van dergelijk pleeggezin biedt deze 'huisgasten' de kans opnieuw een plaats te vinden in de maatschappij. Deze vorm van opvang van psychiatrische patiënten in gezinnen kan als succesvol worden beschouwd. Daarnaast wordt de nadruk gelegd op integratie. De sleutel voor dit succes ligt deels bij het systeem, deels bij de grote tolerantie van de Geelse gemeenschap.

Bij mensen met een verstandelijke beperking én bijkomende gedragsproblemen zien we dat de geborgenheid en de standvastigheid van een gezin als erg aangenaam worden ervaren. De veiligheid die binnen een gezin wordt geboden, maakt dat zij minder probleemgedrag gaan vertonen en zich gewaardeerd en zelfzekerder voelen.

### 3.2.2 Centra Geestelijke Gezondheidszorg

Naast de hulpverlening die gekoppeld is aan psychiatrische ziekenhuizen zijn er ook ambulante centra en afdelingen voor de observatie, begeleiding en behandeling van volwassenen met verstandelijke beperkingen.

Men kan hier terecht met uiteenlopende problemen van psychische, relationele of psychosomatische aard. Sommige centra hebben zich gespecialiseerd in bepaalde probleemgebieden, terwijl andere centra openstaan voor een breed gamma aan problematiek. Elk centrum werkt met meerdere vormen van psychotherapie. Of men in een bepaald centrum GGZ een specifieke therapievorm aanbiedt, zal afhangen van het interdisciplinair team.

### 3.2.3 Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap

#### 3.2.3.1 Algemene werking en doelstelling

Het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) wil ervoor zorgen dat mensen met een handicap zoveel mogelijk zelfstandigheid kunnen behouden. Het is niet omdat je een handicap hebt, dat je niet meer tot onze maatschappij behoort. Het VAPH zorgt ervoor dat deze mensen zo veel mogelijk kansen krijgen om deel te nemen aan het normale maatschappelijke leven en dat hun levenskwaliteit zo groot mogelijk blijft.

Het VAPH heeft de taak om de sociale integratie van mensen met een handicap te bevorderen. Zo komt het VAPH tussen in de meerkosten die mensen met een handicap hebben t.o.v. mensen zonder handicap. Het VAPH baseert zich hiervoor op een ruime definitie voor het begrip 'handicap' en deze definitie laat toe om de situatie van ieder mens die zich wil inschrijven apart te bekijken.

*"Elk langdurig en belangrijk participatieprobleem van een persoon dat te wijten is aan het samenspel tussen functiestoornissen van mentale, psychische, lichamelijke of zintuiglijke aard, beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten en persoonlijke en externe factoren."*  
([www.vaph.be](http://www.vaph.be))

Het "Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap" (VAPH) werd voor 2006 het "Vlaams Fonds" genoemd. Het belangrijkste basisprincipe bij de oprichting van het "Vlaams Fonds" was een administratieve vereenvoudiging, één dienst met een eenvormig dossier. Een bijkomende doelstelling was om diverse vormen van hulpverlening samen te brengen. In de praktijk blijkt de "vereenvoudiging" vaak nog niet voldoende te zijn. Het is schrijnend om te zien hoeveel cliënten en hun omgeving het moeilijk hebben om al de administratie in orde te krijgen. Dit geeft hen extra zorgen, bovenop de zorgen die ze voordien al kenden.

*De moeder van J. zei onlangs: " mijn familie en vrienden beseffen niet hoeveel werk het is om alle papieren in orde te krijgen. Ik werk tot 1u 's nachts en moet overal naartoe bellen. Het is één grote chaos!"*

Het VAPH wordt beheerd door een Raad van Bestuur, bijgestaan door één of meerdere adviescomités en heeft een afdeling in elke provincie. De indeling per provincie bevordert de toegankelijkheid voor diegenen die op het Vlaams Agentschap beroep willen doen.

In elke provincie werd door het Vlaams Agentschap een multidisciplinair samengestelde commissie opgericht. Deze Provinciale Evaluatie Commissie (PEC) behandelt de aanvragen tot inschrijving bij het VAPH.

De Raad van Bestuur benoemt de leden van PEC's en regelt de werking ervan, levert vergunningen af aan de voorzieningen, enz.

### **3.2.3.2 Aanbod hulpverlening**

Het VAPH zorgt voor individuele **materiële bijstand** waarbij men tussenkomsten voorziet in de kosten van hulpmiddelen of aanpassingen aan uw woning. Deze budgetten zijn vastgestelde prijzen die vaak te laag zijn voor de realistische aankoop van de hulpmiddelen.

Het VAPH subsidieert de **zorg in voorzieningen en begeleidende diensten**. Hier kan een onderscheid worden gemaakt in thuisbegeleidingsdiensten, dagcentra, "tehuizen voor werkenden" en "tehuizen-niet-werkenden". Vooral voor die laatste groep zijn de wachtlijsten erg lang, en dit is net de groep die budgettair het zwaarst doorweegt.

Binnen het VAPH zijn er enkele voorzieningen die de deuren openzetten voor mensen met bijkomende gedrags- en psychiatrische problemen, maar deze zijn te beperkt.

Binnen het VAPH werd het **Steunpunt Expertise Netwerken** opgericht. Men biedt ondersteuning aan hulpverleners op vlak van preventie, diagnose en behandeling van mensen met een handicap, die behoren tot de volgende doelgroepen: mensen met autisme, een visuele beperking, een niet-aangeboren hersenletsel (NAH) en een verstandelijke beperking en bijkomende gedragsproblemen.

Daarnaast geeft het VAPH geeft een goedkeuring voor **tussenkomsten voor werk en opleiding**. Hierdoor kunnen mensen met een handicap tewerkgesteld worden in een beschermde werkplaats. Er zijn ook mogelijkheden waarbij de cliënt cursussen kan volgen die aangepast worden aan zijn handicap.

Bij een "**Persoonlijk AssistentieBudget**" kan men een budget krijgen om iemand in dienst te nemen die kan 'assisteren' in de nodige hulpvraag. Het oorspronkelijke doel was om mensen met een fysieke handicap het recht te laten hebben hun leven zelfstandig in te richten. Het versterken van de persoon was hierbij het uitgangspunt. Men ziet dat momenteel het PAB het best werkt voor deze doelgroep, nl. mensen met een fysieke handicap die zelfstandig wonen en hierdoor 'assistentie' kunnen inkopen.

Momenteel wordt het PAB ook gebruikt als 'creatieve oplossing' voor wie op de wachtlijst staat en lang moeten wachten. Maar hierdoor vallen ze dan weer uit de boot voor andere projecten.

Wanneer men een **"Persoons-Gebonden-Budget"** toegekend krijgt, ontvangt de cliënt een budget waarmee hij zorg kan inkopen. Dit kan zowel bij hem thuis als in tehuizen of dagcentra. De cliënt krijgt als het ware een rugzakje met budget waarmee hij de nodige bijstand zelf kan organiseren of 'kopen' die hij nodig heeft.

*Een cliënt die een Persoons-Gebonden-Budget verkreeg kon op deze manier toch aansluiten bij een dagcentrum, specifiek gericht naar zijn problematiek. Deze zorg komt voor het dagcentra bovenop de gewone werking, maar door het budget kunnen zij hier extra personeel voor aannemen.*

*We merken dat veel van de cliënten en hun families beperkte mogelijkheden hebben om hun financiën te beheren. Iedereen was erg blij toen ze te horen kregen dat de cliënt een budget kreeg, en hierdoor ook mogelijkheden kreeg in de voorzieningen binnen het VAPH. Binnen dit gezin waren de financiële mogelijkheden erg beperkt en het was dan ook erg merkwaardig te horen dat alle kinderen een flatscreen-TV hadden gekregen van de moeder. Toen we dit verder bekeken, bleek al snel dat de moeder al het budget had gebruikt om extra's te kopen. Een voorlopige bewindvoering werd opgestart.*

### **3.2.3.3 Doelgroep**

- Personen met een mentale handicap
- Personen met een psychische handicap
- Personen met een lichamelijke handicap
- Personen met een zintuiglijke handicap (auditief & visueel)

Het VAPH richt zich zowel op volwassenen als kinderen. Aangezien het afstudeerproject enkel van gaat over de volwassenenwerking zal ik me enkel daar verder op toespitsen.

### **3.2.3.4 Inclusie- en exclusiecriteria**

Als de cliënt gebruik wil maken van het VAPH moet hij aan bepaalde voorwaarden voldoen. Hierbij kijkt het VAPH niet enkel naar puur medische zaken. Het gaat ook na welke gevolgen de handicap heeft voor het sociaal leven: wonen, werken, enz. Daarom hanteert het VAPH een multidisciplinaire aanpak. Dat wil zeggen dat het advies van, bijvoorbeeld, de psycholoog of de orthopedagoog even belangrijk is als het advies van de arts.

Uiteindelijk resulteert de inschrijvingsprocedure in een antwoord op twee vragen:

- Komt u in aanmerking voor bijstand door het VAPH ?
- Kan u voor de door u gevraagde bijstand een beroep doen op het VAPH ?

Nog een voorwaarde is dat de persoon wettelijk en werkelijk minimum 5 jaar in Vlaanderen moet verbleven hebben. Hier zijn wel enkele uitzonderingen mogelijk bv. als de cliënt een burger is van de Europese Unie die geniet van de sociale zekerheid, een cliënt die volgens de normale procedure erkend is als vluchteling, enz.

Een andere voorwaarde is dat je niet ouder dan 65 jaar mag zijn wanneer je de eerste aanvraag stelt. Iemand die voor 65 jaar al ingeschreven was bij het VAPH, behoudt de mogelijkheid om beroep te kunnen doen op het VAPH.

Wij worden geregeld geconfronteerd met cliënten die jarenlang bij hun ouders of echtgenoot hebben gewoond. Wanneer deze mensen de zorg niet meer op zich kunnen nemen, staan de cliënten letterlijk op straat. De vraag die dan vanuit het VAPH wordt gesteld is: "Waarom wordt er nu pas een vraag gesteld?". De leeftijd speelt hier een grote rol, en vaak moeten we deze cliënten doorverwijzen naar een Psychiatrisch Verzorgingstehuis omdat ze geen erkenning meer kunnen krijgen door het VAPH.

Er wordt ook gekeken naar de dienstverlening waarvan de cliënt gebruik wil maken, want de zorgvraag wordt direct toegespitst op een bepaalde dienstverlening.

In de praktijk zorgt dit vaak voor problemen. Aan de ene kant is het goed om een duidelijk beeld te schetsen van de specifieke zorgvraag, anderzijds zorgt dit voor een beperking van de toekomstmogelijkheden. Er zijn vaak cliënten die een erkenning hebben voor een "tehuis-werkenden". Door bijkomende psychiatrische problematiek zijn zij vaak niet meer in staat zijn om hun werk te hervatten, waardoor er beroep wordt gedaan op andere dagbestedingen. Dit lijkt een goede oplossing te zijn voor de cliënt, maar zijn woonsituatie hangt hiermee samen. Hij wordt verwacht om te gaan werken als hij in een "tehuis-werkenden" wil wonen.

### **3.2.3.5 Administratie & procedure**

Het administratieve luik is enorm omslachtig en vraagt erg veel van de cliënt en zijn familie.

#### 3.2.3.5.1 Algemeen aanvraagformulier

Als eerste moet je een algemeen aanvraagformulier invullen. Dit staat gekend als het formulier 001. Hier worden alle algemene gegevens en de huidige en toekomstige zorgvraag aan het VAPH in genoteerd.

De cliënt heeft de keuze om dit zelf te regelen, of dit over te laten aan een wettelijke vertegenwoordiger. Dit document moet dan opgestuurd worden naar de provinciale afdeling, dit kan zowel digitaal als via briefwisseling.

Nadien moet de cliënt of de vertegenwoordiger een multidisciplinair team contacteren. Dit kan via een psychiatrisch ziekenhuis, maar ook via andere instanties zoals de mutualiteiten. Hier is het van groot belang dat er wordt gekeken of het multidisciplinair team wel de juiste erkenningen heeft. Zo wordt er een verschil gemaakt tussen hulpmiddelen en woonvorm.

#### 3.2.3.5.2 Multidisciplinair verslag

Het multidisciplinair team stelt een verslag samen (formulier 002). Dit bevat de medische, sociale en psychologische gegevens en beschrijft welke opleiding de cliënt heeft genoten. Indien er specifieke bijkomende problemen aanwezig zijn, worden deze ook vermeld .

*Zwakbegaafde jongeren die erin geslaagd zijn een diploma beroepsonderwijs te behalen komen niet of moeilijk in aanmerking voor een erkenning van het VAPH. Het is jammer om te moeten vaststellen dat bepaalde jongeren, die enorm gestimuleerd en begeleid werden tijdens hun schoolcarrière, achteraf de dupe zijn van al hun inspanningen. Zij vallen vaak uit de boot voor het Vlaams Agentschap en moeten op zoek naar alternatieven.*



### 3.2.3.5.3 Provinciale Evaluatiecommissie (PEC)

De beslissing of de cliënt een erkenning krijgt wordt grotendeels gebaseerd op het multidisciplinair verslag. De Provinciale Evaluatiecommissie (PEC) & het Vlaams Agentschap bekijken dit en beslissen dan of de erkenning wordt toegestaan. De cliënt wordt op de hoogte gebracht wanneer de aanvraag wordt besproken en hij kan aanwezig zijn als hij dat wenst. De cliënt kan ook worden bijgestaan door een wettelijk vertegenwoordiger of iemand van een erkende gehandicaptenorganisatie. Welke beslissing er werd genomen, vanaf welke datum dit ingaat en waar de cliënt terecht kan, hoeveel het toegekende bedrag is, enz. wordt meegedeeld aan de cliënt.

*Bij de cliënten en hun familie zorgt dit vaak voor frustraties. Zonder dat de cliënt gezien werd, bepaalt de PEC of de erkenning wordt toegestaan of niet. Er zijn bepaalde ziektebeelden waarbij we zien dat de cliënt héél veel nood heeft aan hulp, maar nooit in aanmerking komt voor een erkenning van het VAPH. De jongeren die "randje normaal-zwakbegaafd" zijn, maar een uitgesproken vorm van autisme hebben vallen steeds uit de boot. Het zijn juist deze mensen die extra ondersteuning nodig hebben om te kunnen overleven in de maatschappij. Het is voor hen enorm beangstigend en vreemd en zij weten niet hoe ze zich moeten handhaven.*

*De moeder van K. zei onlangs: "ik zie geen andere oplossing om de beslissing van de PEC aan te vechten bij de arbeidsrechtbank. Ik ben ten einde raad. Onze K. moet hulp krijgen, maar niemand wil hem helpen. Hij is te goed! Ze moeten hem thuis eens bezig zien. Mijn laatste spaarcenten zal ik moeten gebruiken om hulp te kunnen krijgen voor mijn zoon. Ik ben zelf al 7 maanden op ziekte-uitkering omdat ik de situatie met mijn zoon niet meer aankan. Hoeveel kost dat aan de maatschappij? Ze hadden al beter een erkenning toegestaan, dan had het hen minder geld gekost..."*

### 3.2.3.5.4 Bijzondere Bijstandscommissie

Voor sommige uitzonderlijke vragen rond hulpmiddelen zal de Bijzondere Bijstandscommissie bekijken of er wordt ingegaan op de hulpvraag. Dit gaat om hulpmiddelen die niet werden opgenomen in de refertelijst of hulpmiddelen die veel duurder zijn dan gelijkaardige hulpmiddelen (bv. een rolstoel die duurder is dan het budget dat ter beschikking wordt gesteld.)

*De moeder van J. vertelde dat ze voor bijna elk hulpmiddel in beroep moet gaan. De prijzen die het VAPH ter beschikking stelt zijn vaak veel te laag en niet realistisch. Het vraagt echter veel inspanningen van de ouders om voor ieder hulpmiddel te procederen. Alle administratie en regelgevingen zijn erg complex, wat al een hele opgave en zoektocht is voor mensen die normaal begaafd zijn. Voor ouders die zelf beperkingen hebben, is het vaak een onmogelijke taak dit zelf te verwezenlijken. De contactpersonen nemen hierin vaak een cruciale rol. Als je met de families praat over de bedragen die ze spenderen om hun kinderen de beste zorg te geven, besef je pas hoeveel extra's dit met zich meebrengt. Er zijn veel families waarvoor dit financieel niet mogelijk is waardoor hun kinderen niet de ideale zorg kunnen krijgen.*

### 3.2.3.5.5 Persoonlijk Assistentie Budget

Wanneer de cliënt een aanvraag stelt voor een Persoonlijk Assistentie Budget, zal dit worden bekeken door de Deskundigencommissie PAB. Zij bepalen ook het budget dat ter beschikking wordt gesteld.

*De familie van J. gaf aan het erg frustrerend te vinden, dat de prioriteiten voor het PAB elk jaar worden herzien vanuit de regering. Het is dus ieder jaar opnieuw afwachten en zoeken naar andere mogelijkheden. PAB is vaak niet te combineren met bepaalde types binnen het bijzonder onderwijs, wat dikwijls foute verwachtingen schept. De moeder van J. omschreef het eigenlijk heel mooi en zei me: "ik had gehoopt dat we nu eindelijk een goede oplossing zouden kunnen vinden voor onze dochter, maar ik zie het PAB meer als een vergiftigd geschenk. We moeten onze dochter eigenlijk van school laten veranderen, waardoor ze niet meer het geschikte onderwijs kan volgen om in aanmerking te komen voor PAB.*

### 3.2.3.5.6 Versnelde procedure

Bij een versnelde procedure zal het Vlaams Agentschap niet meer onderzoeken of de cliënt voldoet aan de voorwaarden bij de inschrijving. Er wordt dan enkel gekeken of de cliënt de gepaste dienstverlening vraagt.

Een versnelde procedure kan als de cliënt een attest heeft van het buitengewoon onderwijs, recht heeft op bijkomende kinderbijslag, recht heeft op een integratietegemoetkoming of wanneer hij verlengd minderjarig of onbekwaam verklaard is.

De cliënten kunnen dan op de "centrale registratie zorgvragen" worden geplaatst en wachten tot er een open plaats komt binnen de voorziening.

### 3.2.3.5.7 Crisissituatie

In geval van een crisissituatie kan er een dringende vraag voor ondersteuning worden gesteld. Dit kan wanneer er een vonnis is van de jeugdrechter, door een beslissing van het comité voor Bijzondere Jeugdzorg, een gemotiveerd medisch attest of een attest van een erkend multidisciplinair team.

Hierbij worden de aanvragen niet voorgelegd aan de PEC, maar beslist de leidende ambtenaar van het VAPH. Er kan dan max. 3 maanden ondersteuning worden voorzien. Dit kan in een zorgvoorziening of via ambulante zorg. Als er nadien nog ondersteuning nodig is, moet men de gewone procedure volgen.

### 3.2.3.5.8 Verzoekschrift tot heroverweging

Wanneer men niet akkoord is met de beslissing van het VAPH, kan men een verzoekschrift tot heroverweging sturen naar het hoofd van de provinciale afdeling. Dit betekent dat het VAPH de aanvraag nogmaals gaat bekijken. Indien de cliënt dit wenst kan hij of zijn vertegenwoordiger hierbij aanwezig zijn.

Tegen elke definitieve beslissing kan beroep worden aangetekend via de arbeidsrechtbank. Dit moet gebeuren binnen de 3 maanden na ontvangst van de beslissing van het VAPH.

### 3.2.3.6 Opvolging van de dossiers.

Wanneer een dossier wordt aangevraagd, kan de verdere opvolging gebeuren door de **cliënt zelf** of zijn **familie**. Hij kan ook vragen aan een contactpersoon om zijn dossier verder te behandelen. Deze **contactpersoon** kan iemand zijn die op de sociale dienst werkt van een voorziening of binnen een psychiatrisch ziekenhuis.

Wanneer de erkenning van de Provinciale Evaluatie Commissie is toegekomen kan men de cliënt **registreren op de centrale wachtlijst**. Dit kan reeds in afwachting van deze erkenning. Hierbij zal de contactpersoon een code moeten ingeven afhankelijk van de dringendheid van de zorgvraag. Zo zal code 1 en 2 een dringende vraag zijn, code 3 en 4 niet dringend. De bedoeling van deze **urgentiecodes** was dat de voorzieningen niet meer vrijblijvend cliënten konden weigeren. Doordat de lijst wachtenden met code 1 en 2 versneld toenam werd er nog een bijkomende onderverdeling gemaakt.

Zo werden de knelpuntdossiers en de noodsituaties in het leven geroepen.

Een **knelpuntdossier** is een urgent dossier waarbij zorgbemiddeling nog geen resultaat opleverde. Men gaat bekijken welke vraag gesteld wordt en of er nood is aan zorgbemiddeling of zorgplanning.

Een **noodsituatie** is een onverwachte, acute situatie (bv. sterven van de ouders waar cliënt inwoonde) waarbij onmiddellijke begeleiding of opvang dient geboden te worden. Deze onmiddellijke begeleiding zal voorzien worden voor een periode van 6 à 10 weken. Hiervoor moet de toestemming gegeven worden door de "coördinator Zorgregie" die per provincie de lopende dossiers moet bekijken en een beleid voert naar de toekomst toe. Indien nodig kan men na de periode van 6 à 10 weken de status "knelpunt na noodsituatie" aanvragen.

De knelpuntdossiers en de noodsituaties krijgen voorrang op code 1 omdat hier de zorgvraag in een "noodsituatie" verkeert.

*In de praktijk zien we dat het grote tekort aan plaatsen ervoor zorgt dat enkel cliënten die een knelpuntdossier of een noodsituatie hebben nog in aanmerking komen voor deze plaatsen.*

*De cliënten met urgentiecode 1 of 2 moeten helaas veel te lang wachten.*

*Dit zorgt voor grote ergernis bij de cliënten, familie en hulpverleners.*

*Waar voordien de urgentiecode aangaf hoelang de cliënt ongeveer zou moeten wachten, zien we dat deze cliënten vaak op de wachtlijst blijven staan en geen vorderingen maken.*

Alle meldingen en opvolging van de dossiers kunnen **digitaal** opgevolgd worden.

In de provincie Antwerpen kan men alle dossiers bekijken en zien wie er in aanmerking kan komen voor een open plaats. In de andere provincies kan enkel de hoofdcontactpersoon zijn gegevens raadplegen.

*Dit heeft voor- en nadelen. Doordat iedereen de gegevens kan bekijken, wordt de privacy van de cliënt minder gegarandeerd. Anderzijds zien we dat sommige hoofdcontactpersonen hun werk niet grondig uitvoeren waardoor er kansen voor de cliënt verloren gaan. Anderzijds nemen sommige hulpverleners vooraf een dossier al goed door waardoor zij goed op de hoogte zijn van de problematiek van de cliënt. Wat dan op zijn beurt weer een voor- en nadeel kan zijn. Sommige cliënten krijgen op deze manier geen eerlijke kans meer.*

Het is de taak van de hoofdcontactpersoon om regelmatig de open plaatsen te bekijken om te zien of er een geschikte kandidaat is. Er kan dan telefonisch contact worden opgenomen of de verslaggeving wordt doorgestuurd.

Er wordt steeds aan de cliënt of de familie (indien de cliënt verlengd minderjarig is) gevraagd om een **toestemmingsformulier** te ondertekenen. Op deze manier krijgt men de mogelijkheid om de dossiers te bespreken op de centrale wachtlijst en kunnen er onderling verslagen worden doorgestuurd.

### 3.2.3.7 Centrale Registratie Zorgvragen- wachtlijsten

Het registreren van zorgvragen bestaat op provinciaal niveau reeds 10 jaar. In principe kunnen enkel personen met een positieve PEC-beslissing geregistreerd worden, maar indien men nog geen toegangsticket heeft, worden de voorwaarden in een aantal gevallen zelf nagegaan. Sinds 2005 spreekt men niet langer van 'centrale wachtlijsten' maar over de "Centrale Registratie van Zorgvragen(CRZ)".

De bedoeling van de 'centrale wachtlijsten' was aanvankelijk het **registeren van de zorgvragen**. Momenteel heeft men dit uitgebreid naar zorgafstemming, zorgbemiddeling en zorgplanning.

Bij **zorgafstemming** zal men bekijken wat het aanbod is van de voorzieningen. Wordt de zorgvraag gesteld aan de juiste regio? **Zorgbemiddeling** zal erover waken dat personen die lang op de wachtlijst staan, besproken worden en dat er wordt 'bemiddeld' tussen de voorzieningen en de centrale wachtlijstdienst.

*Men zegt dat een dossier wordt besproken op de 'CRZ', maar wat houdt dit juist in? Het is duidelijk dat er een groot tekort aan plaatsen is, maar welke proporties neemt dit werkelijk aan? Als voorbereiding op dit project en om een realistische kijk te krijgen op het tekort aan plaatsen leek het mij erg zinnig eens een keer mee te gaan naar de CRZ.*

" Verslag aanwezigheid CRZ"- december 2009

*Alle vertegenwoordigers van de voorzieningen, de verantwoordelijken vanuit de provincie en de voorzitter zijn aanwezig op de CRZ.*

*Deze CRZ werd een aparte vergadering, want er wordt in 2010 een nieuw zorgproject gestart waarvoor 4 kandidaten moeten geselecteerd worden. Van deze 4 kandidaten zullen er dan 2 effectief een budget toegekend krijgen.*

*Bij het binnenkomen kreeg iedereen een dikke bundel, waar alle gegevens van de dossiers in vermeld stonden.*

*Hoe kan je uit zo'n bundel 4 dossiers kiezen?*

*Er werden voorwaarden gezocht waar we ons op moesten baseren.*

*Alle cliënten die al hulpverlening hadden, vielen uit de boot.*

*Wat ik mij hierbij bedacht is dat al de ijverige ouders die zelf tussenoplossingen hadden gezocht, gestraft werden voor hun moeite. Zo is er een cliënt die zeer agressief gedrag vertoonde. De ouders waren radeloos, en zochten naar een oplossing om hun zoon een dagbesteding te kunnen aanbieden. Als tussenoplossing creëerden ze een Persoonlijk Assistentie Budget. Zij zochten een persoonlijk begeleider om tijdelijk hun zoon thuis te kunnen helpen. Doordat ze deze creatieve oplossing bedachten, kwamen ze niet meer in aanmerking voor andere projecten... hij blijft wel op de wachtlijst staan.*

*Dan werd er gekeken hoelang een cliënt al op de Centrale Wachtlijst stond. Hierbij viel het op dat er een groot gebrek is tussen doorstroming vanuit de minderjarigenwerking naar de volwassenenwerking. Er zijn dossiers die al lang op de wachtlijst staan bij de minderjarigen, wanneer zij meerderjarig worden, moeten zij op een andere wachtlijst worden gezet en komen ze terug... onderaan de nieuwe wachtlijst. De logica is hier ver te zoeken.*

*Een patiënte van onze zorgeenheid was 17 jaar toen zij werd opgenomen. Zij stond reeds geruime tijd op de wachtlijst van de minderjarigen. Zij heeft nog 3 jaar op onze zorgeenheid verbleven omdat er geen plaats gevonden werd want ze stond terug onderaan de wachtlijst.*

*Nadat ik de CRZ had bijgewoond, merkte ik bij mezelf een grote frustratie. Hoe kunnen we als hulpverleners cliënten helpen, als er zo weinig open plaatsen zijn. Na gesprekken met andere hulpverleners en de voorzitter van de CRZ, werd deze frustratie alleen maar bevestigd. Veel hulpverleners zitten, net zoals de ouders, met de handen in het haar.*

*Het is schrijnend om te zien hoe iedere hoofdcontactpersoon zijn dossiers probeert te bepleiten om toch maar in aanmerking te komen voor die ene open plaats. Ik kan het best vergelijken met een veiling, waar men per opbod probeert om zijn goederen zo goed mogelijk te verkopen. Het is zeer confronterend en frustrerend te moeten vaststellen dat we niet over goederen praten, maar wel over mensen. Deze cliënten en hun omgeving ervaren dit ook zo. Het wachten op een plaats kan lang duren, en in "afwachting van" moet er maar gezocht worden naar een oplossing. De toekomst van de cliënten ligt letterlijk "in handen van" de contactpersoon die hun belangen verdedigt, de open plaatsen die ter beschikking komen, de inspanningen die de overheid doet om deze tekorten op te lossen, enz...*

*Wanneer ik met de moeder van één van de patiënten praatte, vertelde ze me dat het wachten het moeilijkste was. Haar zoon heeft een verstandelijke handicap en een autisme-spectrumstoornis. Duidelijkheid is nu net het belangrijkste voor hem, en wat we hem niet kunnen bieden is net die duidelijkheid. Ze vertelde ook dat ze zich erg machteloos voelt, want je moet wachten en je staat aan de zijlijn toe te kijken. Meer dan informeren naar de stand van zaken in dit specifieke dossier kan je als moeder niet doen.*

### **3.2.4 Observatie- en behandelingsafdelingen voor volwassenen met een verstandelijke handicap en bijkomende psychische en/of gedragsproblemen.**

#### **3.2.4.1 Aanbod behandelunits**

Een beperkt aantal psychiatrische ziekenhuizen beschikt over een observatie- en behandelingseenheid voor volwassenen met een verstandelijke handicap en bijkomende psychische- en/of gedragsproblemen.

Hierbij gaat men een tijdelijke opname realiseren waarbij men in de eerste periode de nadruk gaat leggen op het observeren van het gedrag en pas nadien een behandelingsplan gaat uitwerken.

Voorbeelden van dergelijke behandelunits zijn:

- Afdeling 5 (PZ Sancta-Maria, St. Truiden)
- De Knoop (PC Sint-Amedeus, Mortsel)
- De Meander (PC Caritas/ Melle)
- De Merel (PC Bethanië, Zoersel)
- De Steiger (PC Dr. Guislain, Gent)
- OPM (UPC Sint-Kamillus, Bierbeek)

In Vlaanderen is er één specifieke opname- afdeling die zich richt naar minderjarigen (K-dienst) met een verstandelijke beperking en bijkomende gedrags- en psychiatrische problemen (afdeling "Fioretti" te Gent).

### 3.2.4.2 Visie

Deze afdelingen zijn gericht op kortdurende observatie en behandeling van mannen en vrouwen met een verstandelijke handicap die aangemeld worden omwille van manifeste psychiatrische- en/of gedragsproblemen.

Meestal worden de patiënten voltijds gehospitaliseerd, maar er is vaak ook mogelijkheid tot dag- of nachthospitalisatie. De opnameduur varieert van enkele weken tot een jaar. Een multidisciplinair team bestaande uit opvoedkundigen, (psychiatrisch) verpleegkundigen, ergotherapeut, maatschappelijk werker of sociaal verpleegkundige, orthopedagoog/psycholoog en psychiater. Zij staan in voor de observatie en behandeling. (Vanderplasschen et al., 2006)

De theoretische en wetenschappelijke basis van deze werkingen is gestart vanuit een sterk gedragstherapeutische traditie. Steeds meer evolueert men naar een holistische visie waarbij er gebruik wordt gemaakt van ideeën uit verschillende theorieën zoals systeemdenken, 'gentle teaching', psychoanalyse, enz.

Deze doelgroep heeft zeer veel nood heeft aan structuur en duidelijkheid. Hiervoor wordt een duidelijke gestructureerd orthopedagogisch leefklimaat aangeboden. Binnen een leefklimaat met duidelijk regels wordt iedere cliënt op een individuele manier begeleid.

"Wit" en "zwart" begrijpen deze cliënten goed, maar al wat in de "grijze zone" valt is moeilijk te vatten. Bij het begin van een opname geven ze vaak aan net in een gevangenis te verblijven: veel afspraken en regeltjes, weinig privacy, beperkte inbreng, enz. '

Gedurende de opname wordt hun inbreng groter en vertellen ze echt wel nood te hebben aan die structuur. Het gebruik van dagschema's brengt duidelijkheid en juist daar hebben ze baat bij.

Daarnaast probeert men op een verstandige wijze medicatie te hanteren. Dit wordt gezien als een hulpmiddel om de geformuleerde doelen tijdens een opname te bereiken.

Deze mensen komen vaak bij een opname met een hele 'cocktail' van medicatie. Door de jaren heen hebben ze verscheidene hulpverleners gecontacteerd, die telkens andere medicatie voorschreven. Het is in vraag te stellen of deze mengeling van medicatie niet meer neveneffecten veroorzaakt. Bekijken of de medicatie noodzakelijk is en het medicatieschema aanpassen is hierbij een belangrijke taak voor de afdelingsgeneesheer.

Hen confronteren met, en bewust maken van hun gedrag ligt aan de basis van de gedragsmatige aanpak. Dit heeft als doel hen meer vat te laten krijgen op hun gedrag en ze hun leefwereld beter te laten begrijpen. Zo kunnen ze weer genieten van hun eigen mens zijn.

Zo wordt een fictieve spiegel voorgehouden, waarbij iedere conflictsituatie gaat bekeken worden. Tijdens hun behandeling leggen ze een traject af. In het begin wordt steeds geduid en besproken waarom situaties op een bepaalde manier verlopen zijn. Na verloop van tijd bekijkt men de situatie gedeeltelijk zelf en kunnen de escalaties van conflicten vermeden worden doordat er vroegtijdig wordt ingegrepen. Tegen het einde van hun behandeling zijn ze zelf in staat om een conflict te vermijden doordat ze alternatieven hebben aangeleerd.

Naast een gestructureerde en gedragsmatige aanpak streeft men er vooral naar om een warme relatie uit te bouwen met de personen. Veel van deze personen hebben voor de opname tal van andere hulpverleners gecontacteerd: PAAZ-afdelingen, CGGZ, psychologen, psychiaters, enz. Hierdoor is het een hele uitdaging om een vertrouwensband uit te bouwen waardoor er veiligheid kan worden ervaren. Er is een

streven naar een onvoorwaardelijk aanvaarden van de ander. Relaties die gesteund zijn op macht zijn hier niet aan de orde.

Het is moeilijk om als hulpverlener een juist evenwicht te zoeken tussen enerzijds het hanteren van een gestructureerde aanpak, en anderzijds een warme vertrouwensband uit te bouwen. Nieuwe collega's durven terugvallen op de machtsrelatie om zich op deze manier 'veilig' te stellen, hier is een goede coaching zeer belangrijk.

We spreken over mensen met een verstandelijke beperking en bijkomende gedrags- en/of psychiatrische problemen, maar ieder van ons heeft sterke kwaliteiten in zich. Als hulpverlener op zoek gaan naar deze sterke kwaliteiten is een zeer boeiende uitdaging.

### **3.2.4.3 Contact met het netwerk rondom de cliënt**

Tijdens heel de opname wordt er nauw contact gehouden met de familie en/of de verwijzende instantie. Er worden regelmatig evaluatiegesprekken voorzien, waarbij tijd gemaakt wordt voor de beleving van de betrokkenen en er advies rond de aanpak gegeven wordt.

*Sinds er gestart werd met ambulante zorg, ziet men dat de heropnames aanzienlijk verminderen. Gedurende de opname hebben ze een veilige gestructureerde omgeving waarin alles goed verloopt. Wanneer ze dan terug naar hun woonsituatie gaan zorgt dit vaak voor problemen. Ze moeten leren omgaan met onduidelijkheden, onverwachte gebeurtenissen, wisselende uren om te eten, enz. Nazorggesprekken kunnen hier een oplossing bieden. Advies bieden aan familie en aan voorzieningen binnen het Vlaams Agentschap zorgt ervoor dat de gast daar kan blijven wonen en meestal niet terug moet opgenomen worden. Kleine hulpmiddelen zoals bv. dagschema, pictogrammen, afspraken op papier zetten, enz. zijn 'kapstokken' waardoor de gast terug verder kan met zijn leven.*

### 3.3 Statistieken opnamebeleid De Knoop 2004-2009

Er wordt vaak de opmerking gemaakt dat er veel meer opnames zijn dan een aantal jaar geleden, dat de doelgroep steeds jonger wordt en de problematiek complexer.

Ik stelde me bij hierbij de vraag of dit werkelijk zo is of dit kan verklaard worden doordat er in de huidige maatschappij meer aandacht wordt geschonken aan deze doelgroep.

Omwille van deze reden heb ik de opnamegegevens bekeken van de opnames op afdeling De Knoop, één van de behandelunits binnen Vlaanderen waar ikzelf reeds 10 jaar tewerkgesteld ben.

Om een vergelijking te kunnen maken leg ik de gegevens van 2004 en 2009 naast elkaar, en zijn ze omgerekend naar procenten omdat het aantal opnames sterk verschilt.

#### 3.3.1 Aantal opnames

Tabel 1: aantal opnames De Knoop (absolute aantallen, niet uitgedrukt in %)



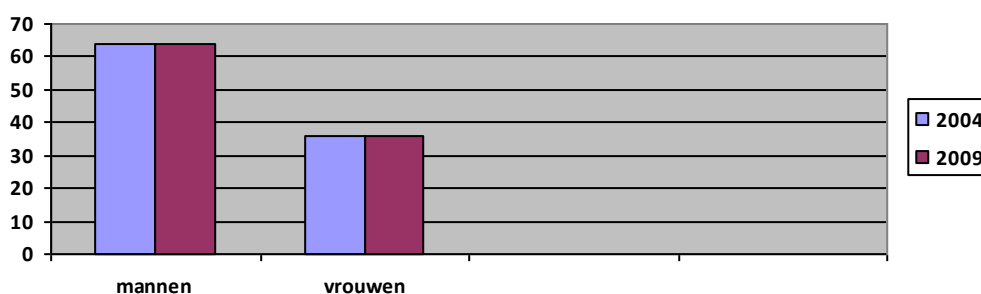
In 2004 waren er 64 opnames tegenover 100 in 2009. Dit kan deels verklaard worden door een gewijzigde visie op zorgeenheid Knoop 2. Hier werden in 2004 geen opnames gerealiseerd omdat er toen vooral cliënten verbleven met een chronische pathologie waarbij er amper doorstroming merkbaar was op deze zorgeenheid.

Door een herziening van de visie en extra inspanningen werden er nieuwe woonvormen gevonden voor deze "chronische" doelgroep zodat er weer doorstroming kon komen op deze zorgeenheid.

Het is merkbaar dat op de zorgeenheid meer nadruk wordt gelegd om de opnameduur te beperken. Hierdoor ontstaat er meer doorstroming en kunnen er als gevolg meer opnames gebeuren.

#### 3.3.2 Geslacht

Tabel 2: aantal mannen tegenover het aantal vrouwen uitgedrukt in procenten.

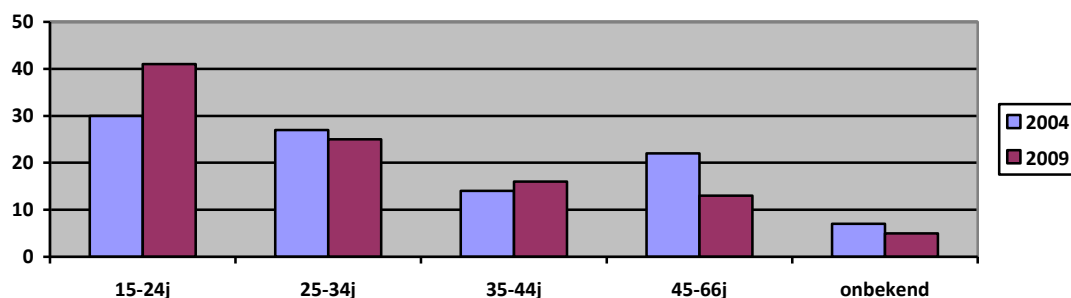


In 2004 waren er 41 mannen en 23 vrouwen opgenomen. In 2009 bedroeg dit 64 mannen tegenover 36 vrouwen. Als we dit verrekenen naar percentages komen we tot de vaststelling dat de verhouding status-quo is gebleven.



### 3.3.3 Leeftijdscategorie

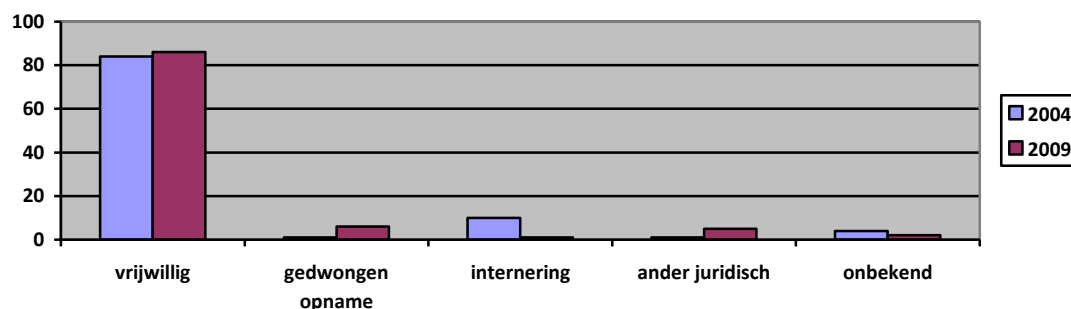
Tabel 3: leeftijdscategorieën bij opname



De tendens dat er steeds meer aanvragen zijn door jongeren blijkt te kloppen. We zien een verhoging met meer dan 10% t.o.v. 2004. Vooral de aanvragen voor minderjarigen en 18-jarigen zien we met de jaren stijgen. De 15-17 jarigen blijken nergens een geschikte plaats te vinden, voor de minderjarigenwerking zijn ze te oud en voor de meerderjarigenwerking te jong. Het zijn net deze jongeren die zich in een kwetsbare fase in hun ontwikkeling bevinden.

### 3.3.4 Statuut

Tabel 4: statuut bij opname

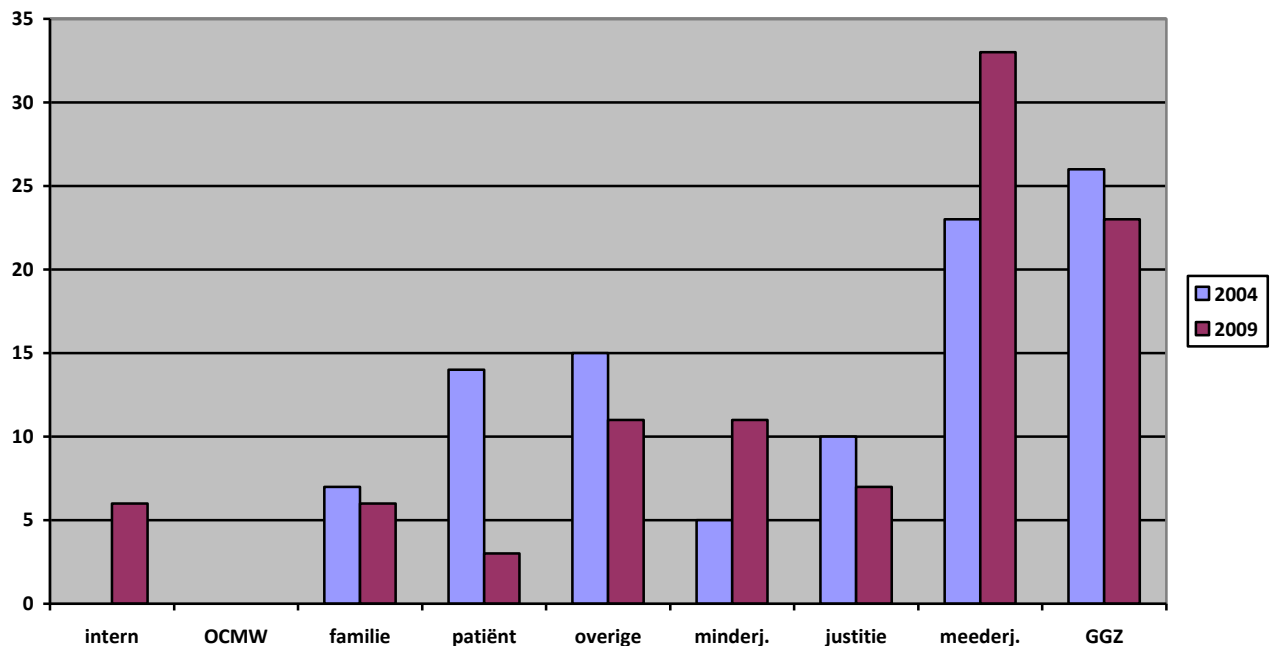


De vrijwillige opnames blijven de grootste groep. We zien een sterke daling van de geïnterneerden t.o.v. 2004. Ook hier kan een deel verklaard worden door beleidsmatige beslissingen. De ervaring leerde ons dat het erg moeilijk was om "daders" en "slachtoffers" samen op één zorgeenheid te behandelen. Aangezien er vaak daders van zedenfeiten via internering werden opgenomen, was een veilige omgeving bieden aan slachtoffers van seksuele feiten vaak onbegonnen werk. Er werd een keuze gemaakt a.h.v. van ervaringen en mogelijkheden binnen de zorgeenheid.

De term "vrijwillig" moet vrij ruim worden bekeken. Wanneer iemand vrijwillig wordt opgenomen wil dat niet steeds zeggen dat de cliënt de totale vrijheid had om zelf te beslissen over een opname. Vaak ervaren we hierbij een behoorlijke druk vanuit de omgeving en wordt er een stok achter de deur gehouden.

### 3.3.5 Verwijzende instanties

Tabel 5: verwijzende instantie bij opname



Als we de interne transfers bekijken zien we een duidelijke evolutie. In 2004 werd geen enkele registratie gedaan van een interne opname tegenover 7 in 2009. Dit kan deels verklaard worden door een gebrek aan plaatsen binnen de gespecialiseerde behandel eenheden voor personen met een verstandelijke beperking en bijkomende gedragsproblemen. Hierdoor kan bij een crisissituatie enkel hulp worden geboden op de algemene opnameafdeling binnen het psychiatrisch ziekenhuis waarbij nadien de vraag wordt gesteld om deze cliënt te transfereren naar de gespecialiseerde units.

De vragen vanuit de familie blijft ongeveer gelijk. Wanneer we kijken naar de aanvragen door de cliënt zelf zien we een grote evolutie. In 2004 werden er nog 13 aanvragen gedaan door de cliënt zelf en in 2009 zijn dat er nog maar 3. Hierbij kan de vraag worden gesteld of de cliënten nu een uitgebreider netwerk hebben waardoor ze de vraag niet meer zelf moeten stellen? Of gaan ze eerst hulp zoeken bij andere instanties die dan de opnamevraag stellen?

Bij de aanvragen vanuit de minderjarigenzorg (school, MPI) zien we meer dan een verdubbeling. De tendens dat de aanvragen voor jongeren toenemen wordt ook hier duidelijk. Meer jongeren vallen tussen de "mazen van het net" en komen niet echt meer in aanmerking voor de minderjarigenwerking. De meerderjarigenwerking staat eigenlijk nog iets te veraf. Maar wat zijn dan wel de mogelijkheden voor deze tussengroep? Vooral de beperkte mogelijkheden van doorstroming naar de volwassenenwerking blijken hier parten te spelen.

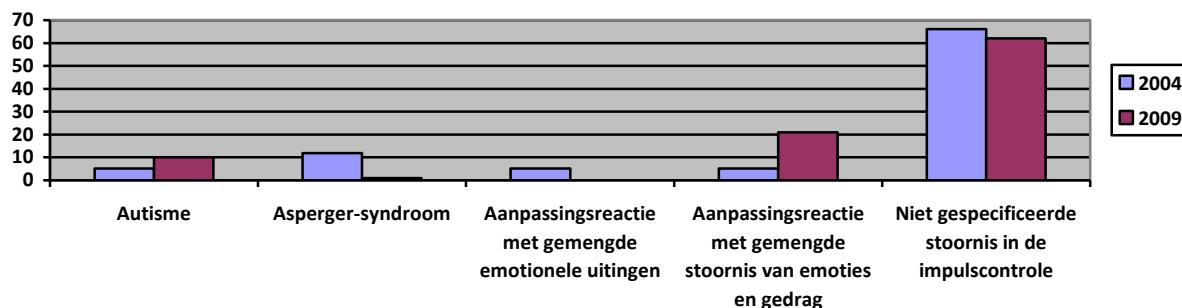
De aanvragen vanuit justitie zijn verminderd, mede omwille van de redenen die in tabel 4 werden aangehaald.

Vanuit de geestelijke gezondheidszorg (algemene en psychiatrische ziekenhuizen, PAAZ, huisartsen) zijn de aanvragen iets verminderd.

Een sterke verhoging van aanvragen zien we vanuit de meerderjarigenwerking van het VAPH. Hierbij zien we een stijging van 10% t.o.v. 2004.

### 3.3.6 Primaire diagnose

Tabel 6: Primaire diagnose volgens DSM IV- classificatie bij opname



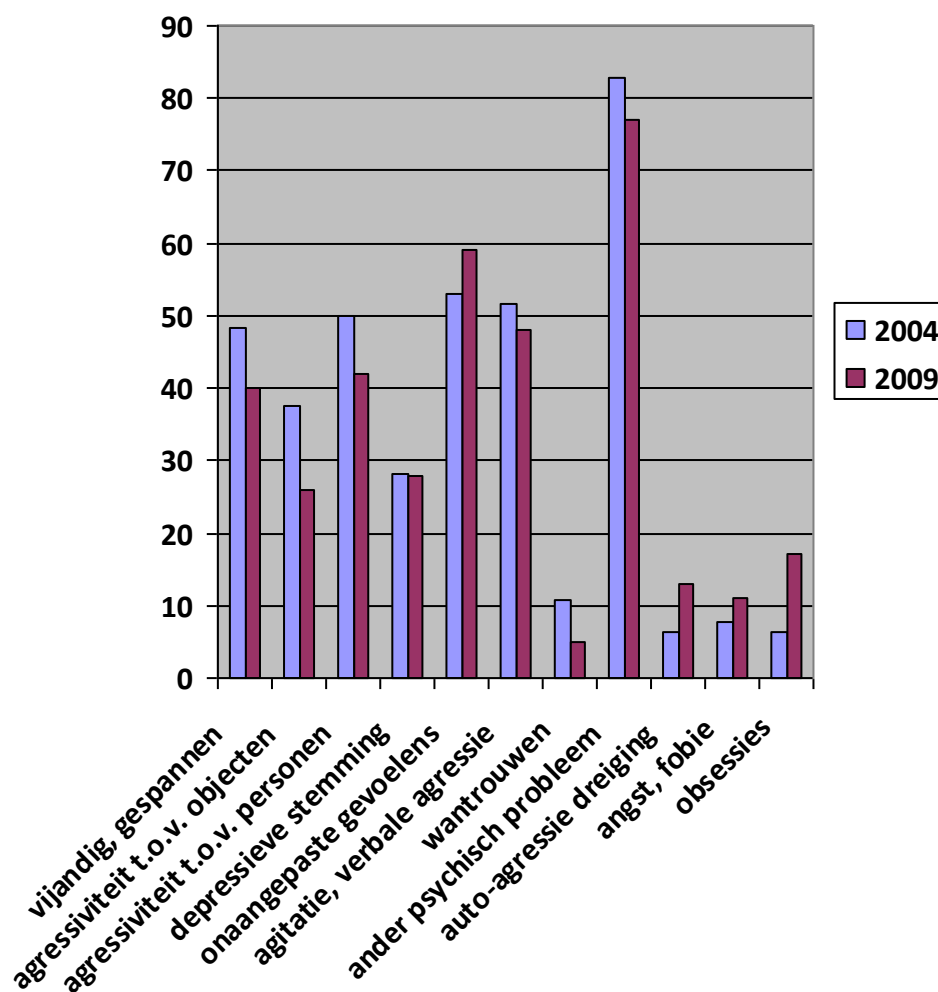
Zowel in 2004 als 2009 is een stoornis in de impulscontrole de grootste oorzaak van een opname. Daarnaast zijn er een aantal primaire diagnoses die ongeveer gelijk terugkomen zoals autisme, Aspergersyndroom en aanpassingsstoornissen. Naast deze groepen zijn er ook primaire diagnoses gesteld door de geneesheer n.a.v. een manische stoornis, exhibitionisme, misbruik van cannabis, overige emotionele stoornissen van de kinderleeftijd of de adolescentie, schizofrene stoornissen en overige onbekende oorzaken. Deze bedragen ieder max. 1.7% en werden niet weergegeven in de grafiek. Het gaat hier wel degelijk over de primaire diagnose zoals die bij de opname wordt bekeken door de afdelingsgeneesheer. Dezelfde persoon heeft zowel de diagnoses van 2004 als 2009 toegekend.

Hiernaast worden er tijdens de opname nog bijkomende diagnoses gesteld.

Het blijft een enorme heterogene groep met een complexe problematiek, maar we zien geen verhoging naar de primaire diagnoses bij opname tussen 2004 en 2009.

### 3.3.7 Symptomen

Tabel 7: Symptomen die bijdragen tot een opname volgens DSM IV



De symptomen die bijdragen tot een opname blijven grotendeels hetzelfde in 2004 als in 2009. Enkel de symptomen die meer dan 10% bedragen werden opgenomen in de grafiek. Hiernaast zijn er nog andere symptomen die werden vastgesteld bij de opname. Het gaat hier over zelfmoordgedachten, auto-agressie daden, vertraging en een verminderd gevoelsleven, sociaal teruggetrokken, euforie, hallucinaties, wanen, grootheidsgedachten, overdreven afhankelijkheid t.o.v. personen, problemen i.v.m. alcohol en/of medicatie, problemen i.v.m. intraveneus en ander druggebruik, somatische overbezorgdheid, desoriëntatie, problemen met geheugen en problemen met taal.

Agressie, vijandig gedrag en onaangepaste gevoelens blijft een veel voorkomend probleem bij een opname. Onder "ander psychisch probleem" worden vooral de algemene gedragsproblemen omschreven.

Bij deze grafiek komt de complexiteit van de doelgroep goed naar voren. Als de percentages worden opgeteld is het duidelijk dat er bij een cliënt vaak meerdere symptomen aanwezig zijn. Als we een gemiddelde berekenen van al deze percentages komen we aan ongeveer 4 à 5 verschillende symptomen bij één cliënt.

### 3.3.8 Besluit

Als we naar het aantal opnames kijken kunnen we besluiten dat er inderdaad een stijging is doorheen de jaren, maar dit deels kan toegeschreven worden aan beleidsmatige redenen i.v.m. het opnamebeleid. De tendens dat er meer jongeren worden opgenomen dan 5 jaar geleden blijkt te kloppen. Dit wordt bevestigd als we de stijging van opnames vanuit de minderjarigenwerking bekijken. De meeste opnames, zowel in 2004 als in 2009, vallen onder het vrijwillig statuut. We zien een duidelijke daling van het aantal geïnterneerden t.o.v. 5 jaar geleden. Er is een stijging van het aantal interne transfers (algemene opnameafdeling), aanvragen vanuit de minder- en meerderjarigenwerking merkbaar. Hierbij zien we een verdubbeling van de opnameaanvragen vanuit de minderjarigenwerking. De aanvragen vanuit de patiënt zelf zijn enorm afgenomen.

De verhouding van het aantal mannen tegenover het aantal vrouwen is volledig hetzelfde gebleven. De meest voorkomende primaire diagnose die wordt vastgesteld bij de opname blijft, zowel in 2004 als in 2009, een stoornis in de impulscontrole.

De symptomen die het vaakst worden waargenomen en die bijdragen tot de opname zijn onaangepaste gevoelens, agitatie en verbale agressie, agressiviteit en andere psychische problemen (algemene gedragsproblemen). Deze percentages blijven voor de beide jaren ongeveer gelijk.

Deze grafieken maken deel uit van een steekproef, waarbij de gegevens van één opname- en behandelingsafdeling in kaart werden gebracht. De besluiten en tendensen die hieruit volgden, worden op de meeste andere behandelunits binnen Vlaanderen ook waargenomen.

## **3.4 Knelpunten binnen het zorgcircuit.**

### **3.4.1 Vlaamse en federale bevoegdheid.**

Momenteel is de zorg voor personen met een verstandelijke beperking en bijkomende gedrags- en psychiatrische problemen verdeeld over 2 bevoegdheden.

De psychiatrische ziekenhuizen, PAAZ-afdelingen, beschut wonen, Centra Geestelijke Gezondheidszorg en gezinsverpleging worden gefinancierd door de federale overheid. Hierbij lopen er momenteel een aantal experimenten waarbij men middelen van de ziekenhuizen gebruikt om ambulante hulpverlening te kunnen bieden.

Het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap wordt, zoals de naam al laat raden, gefinancierd door de Vlaamse overheid. Hieronder vallen alle voorzieningen, dagcentra, persoonlijke assistentiebudgetten, arbeidszorg enz.

Doordat beide instanties hun eigen weg aan het zoeken zijn om de zorg naar personen met een handicap zo optimaal mogelijk te kunnen voeren, blijft men naast elkaar lopen en gebeurt er geen samenwerking. Er is geen aangepaste zorg die 'over de grenzen' van deze bevoegdheden gaat. Samen "denken" en samen "werken" zou hierbij cruciaal zijn. Momenteel zijn er werkgroepen aan de slag om deze problematiek duidelijker in kaart te brengen.

### **3.4.2 Tekort aan geschikte plaatsen voor de doelgroep binnen het VAPH.**

Er blijft een groot tekort aan open plaatsen voor personen met een verstandelijke beperking. De noodzaak en pijnlijke realiteit blijkt duidelijk wanneer er gekeken wordt naar het aantal personen die wachten op een plaats binnen een voorziening van het VAPH.

Op basis van gegevens van het VAPH blijkt dat er op 30 juni 2009 heel wat personen wachten op begeleiding vanuit het VAPH. Er waren 8.216 personen (minder- en meerderjarigenzorg) met een urgentiecode 1 die werden geregistreerd op de centrale wachtlijst. Als men kijkt naar het totaal aantal personen die wachten op een plaats zijn dat 18.959 personen.

Als we naar de evolutie kijken van dringende vragen (UC 1) dan zien we dat er in 2004 6.860 personen waren met een dringende vraag. In 2009 was dit bijna verdubbeld, namelijk 12.213. Deze verdubbeling kan gedeeltelijk worden verklaard door een betere registratie van de zorgvragen, maar geeft weer dat er een stijgende vraag is naar gepaste begeleiding die momenteel niet overeenstemt met het aanbod.

De wachttijd bij dringende zorgvragen varieert erg naargelang de exacte zorgvraag. Zo kan men sneller terecht in een dagcentrum dan dat er een plaats vrijkomt binnen een tehuis-niet-werkenden. Bij personen met UC 1 & 2 bleek dit bij sommige te gaan over begeleiding die binnen de maand werd opgestart, maar evengoed waren er cliënten die langer dan 3 jaar moesten wachten op geschikte hulp.

Dit geldt zeker voor personen die extra zorgnoden hebben, zoals bijkomende psychiatrische- of gedragsproblemen. En dan hebben we nog niet gesproken over de cliënten met een dubbeldiagnose, zoals personen die een drugproblematiek, autisme, enz. hebben bovenop hun verstandelijke handicap en psychiatrische problematiek.

Er werd in 2008 een uitbreidingsplan ontworpen, waarbij extra plaatsen werden voorzien. Het concept was goed, maar onvoldoende om een oplossing te kunnen bieden voor de grote wachtlijsten.

Door "creatieve" oplossingen te creëren, zoals het Persoons-Gebonden-Budget, bereikt men slechts een kleine groep van de "wachtenden" omdat effectieve bedden of kamers creëren infrastructureel niet zo eenvoudig is. Bij het Persoonlijk-Assistentie-Budget blijkt dat vooral de fysiek gehandicapten gebaad zijn met deze hulpverlening. ([www.vaph.be](http://www.vaph.be))

Door de zorgregie werd een plan ontworpen om de meest dringende dossiers te kunnen helpen. Hiervoor werden de procedure "noodsituaties" en "knelpunt dossiers" in het leven geroepen. Doordat het tekort aan plaatsen zo groot geworden is, schieten de nieuw ontworpen statuten deels hun doel voorbij. Er is nu al iets meer ruimte gecreëerd om deze dringende dossiers te kunnen bekijken en naar oplossingen te zoeken, maar het aanbod is nog niet voldoende ten opzichte van de zorgvraag.

De toekomst van de cliënt ligt grotendeels in handen van zijn/ haar contactpersoon. Als deze persoon goed op de hoogte is van de materie en op zoek kan gaan naar creatieve oplossingen, dan maakt de cliënt meer kans op een open plaats binnen een voorziening. De contactpersoon moet met zijn cliënt vaak "leuren" voordat er een geschikte plaats wordt gevonden. Het wordt hier vrij negatief uitgedrukt, maar dit is de pijnlijke realiteit terwijl iedere persoon recht heeft op volwaardige hulpverlening en met respect dient behandeld te worden. Men wil cliënten gepaste zorg aanbieden, maar loopt telkens tegen de beperkingen binnen het zorgcircuit aan.

### **3.4.3 Onwennigheid en onwetendheid over psychiatrische- en gedragsproblemen**

Het is niet eenvoudig om gepaste hulp te verlenen aan personen met een verstandelijke beperking. De enorme verschillen op ontwikkelingsniveau maken dat er moet gezocht worden naar een individueel begeleidingsplan. Daarnaast komen er bij deze personen vaak gedragsproblemen of psychiatrische symptomen kijken. Begeleiders binnen een voorziening hebben vaak niet de ervaring en kennis die nodig is om met deze complexe problematiek om te gaan. Er bestaat enige onwennigheid en op deze momenten doet men beroep op de gespecialiseerde settings. Dit kan dan weer de vraag oproepen of de persoon weghalen uit zijn leefomgeving een ideale oplossing biedt. Hulp bieden in zijn vertrouwde leefomgeving is voor de cliënt minder ingrijpend. Door de begeleiding van deze voorzieningen te coachen en ervaring te laten opdoen met deze problematiek, zou in sommige situaties een opname kunnen vermeden worden.

Dit heeft op zijn beurt dan weer gevolgen naar de behandelingsafdelingen. Doordat de voorzieningen gaan leren omgaan met gedrags- en psychiatrische problemen, zal de aanmeldingsproblematiek op de gespecialiseerde eenheden nog complexer worden.

### **3.4.4 Gebrek aan een uitgebreide ambulante werking**

Er zou een mogelijkheid moeten komen zodat er advies kan geboden worden naar de voorzieningen toe, zodat een opname niet meer noodzakelijk wordt.

Sinds er gestart werd met "ambulante zorg", zijn de heropnames aanzienlijk verminderd. Gedurende de opname hebben de personen een veilige gestructureerde omgeving waarin alles goed verloopt. Wanneer ze dan terug naar hun woonsituatie gaan zorgt dit vaak voor problemen. Ze moeten leren omgaan met onduidelijkheden, onverwachte gebeurtenissen, wisselende uren om te eten, enz. Nazorggesprekken kunnen hier een oplossing bieden. Advies bieden aan familie en voorzieningen binnen het Vlaams Agentschap zorgt ervoor dat de cliënt daar kan blijven wonen en meestal niet moet opgenomen worden. Kleine hulpmiddelen zoals bv. dagschema, pictogrammen, afspraken op papier zetten, enz. zijn 'kapstukken' waardoor de gast terug verder kan met zijn leven. Doordat voorzieningen een ruggensteun wordt geboden wordt de draagkracht van de begeleiders binnen deze voorzieningen groter. Ze hebben de zekerheid om steeds beroep te kunnen doen op gespecialiseerde hulpverlening. Hierdoor leren ze geleidelijk aan de situaties zelf beter te beheersen, waardoor de kennis en ervaring gestimuleerd wordt om met deze doelgroep om te gaan.

Door een vinger aan de pols te houden kan men snel ingrijpen wanneer een opname noodzakelijk blijkt. Door snel te kunnen bijsturen kan een totaal uit de hand lopen van de situatie en vastlopen van de gast vermeden worden.

### **3.4.5 Wachtlijsten voor behandelunits.**

Patiënten moeten snel kunnen worden geholpen in crisissituaties, maar zij worden steeds geconfronteerd met lange wachttijden. Dit zorgt ervoor dat de situatie voor alle betrokken partijen verergert.

De complexe problematiek neemt toe en de uitstroom naar voorzieningen binnen het VAPH loopt erg moeilijk. Hierdoor loopt de doorstroming binnen de behandelunits moeilijk en gaan de opnames stroever verlopen.

De plaatsen zijn beperkt omdat er maar een aantal behandelunits zijn in Vlaanderen. De vraag die hierbij kan gesteld worden, is of er meer behandelunits nodig zijn of er meer gespecialiseerde zorg moet komen binnen het VAPH?

De opvangmogelijkheden naar personen met een ernstige verstandelijke beperking zijn nog beperkter. Deze werden zeer recent uitgebreid met 2 behandelingsafdelingen die zich specifiek richten naar deze doelgroep.

Doordat cliënten niet direct kunnen geholpen worden zien we soms schrijnende situaties. Er zijn regelmatig gasten die vanuit het daklozencircuit worden doorverwezen. Zij moeten dan overleven in de maatschappij, wat geen haalbare kaart is vanwege hun beperkingen. Zij zijn vaak "een vogel voor kat". Ook gasten die worden 'buitengezet' in hun voorziening belanden al te vaak in het daklozencircuit of prostitutiemilieu. Wij nemen deze gasten vaak op omdat zij niet passen in het daklozencircuit. Zij zijn juist degene die extra nood hebben aan zorg, opvang en begeleiding binnen onze maatschappij, en juist voor hen is er een groot tekort aan aangepaste zorg.



### **3.4.6 Geen doorstroming van kinderen- naar volwassenenwerking.**

Het begrip 'volwassenen' moet in de praktijk ook zeer ruim bekeken worden. Officieel richten de gespecialiseerde zorgeenheden zich tot volwassenen, nl. vanaf 18 jaar. De praktijk wijst uit dat voor de doelgroep 15-18 jarigen geen geschikte opvangmogelijkheden voorhanden zijn. Kinderpsychiatrie is ook erg beperkt in opvangmogelijkheden, waardoor jongeren daar niet steeds meer terecht kunnen. Volwassenenpsychiatrie start officieel pas vanaf 18 jaar. Voor de tussengroep wordt dan meestal de 'minst slechtste' oplossing gezocht. Ik druk dit vrij negatief uit, omdat 15 jarigen nog erg vatbaar zijn voor omgevingsfactoren. Wat zij 'leren' van andere volwassen psychiatrische patiënten heeft geen bevorderlijke werking op hun ontwikkeling. Met momenten terug kind en puber mogen zijn, wordt niet getolereerd binnen een volwassenenwerking.

De minderjarigenwerking binnen het VAPH richt zich tot kinderen en jongeren tot max. 21 jaar. Wanneer deze jongeren worden opgenomen op een behandelingseenheid wordt men vaak geconfronteerd met een onzekere toekomst. Men komt vanuit de minderjarigenzorg, maar kan er niet terug naartoe... en wat dan? Dan begint een zoektocht, onzekerheid, bergen administratie, confronterende gesprekken voor de jongeren, vaak een aantal afwijzingen, enz. Naast hun verstandelijke beperking en bijkomende gedragsproblemen wordt het zelfwaardegevoel van deze jongeren vaak aangetast.

Op administratief gebied is de doorstroming van de werking bij kinderen naar voorzieningen voor volwassenen alleen maar schrijnend te noemen. Binnen het VAPH en psychiatrie zijn dit twee totaal aparte werkgebieden. Dit zorgt ervoor dat veel administratie, maar ook de mogelijkheden naar opvang voor deze "tussengroep" volledig moet herzien worden. Dit vraagt erg veel tijd van de familie of hulpverleners, maar geeft vooral een onzekere toekomst aan onze cliënt. Het zorgaanbod wordt momenteel vooral gekoppeld aan de leeftijd van de cliënt.

### **3.4.7 Invloed van een opname binnen een psychiatrisch ziekenhuis naar de toekomst toe.**

Wanneer iemand beroep doet op de zorg binnen een psychiatrisch ziekenhuis merken we dat dit ernstige gevolgen heeft naar de toekomst. Wanneer nadien gezocht wordt naar een voorziening of dagbesteding, blijkt dat de "stempel psychiatrie" niet zomaar te wissen is.

In de realiteit is het jammer dat de psychiatrische problematiek niet te fel mag worden omschreven, zodat de cliënt nog kansen krijgt op een verdere toekomst. De zorgvraag wordt een stuk aangepast aan het zorgaanbod, terwijl het eigenlijk anders moet...

## **3.5 Welk beleid voor de toekomst ?**

Welke oplossing kan geboden worden om de gigantische wachtlijsten en het grote tekort aan opvangplaatsen voor deze doelgroep weg te werken?

Hierbij is het belangrijk een onderverdeling te maken tussen de federale en de Vlaamse regering. Zoals in de vorige hoofdstukken duidelijk werd, is de financiering afhankelijk van de plaats waar de persoon verblijft en zijn leeftijd.

Aangezien de persoon met een verstandelijke beperking beroep doet op het "Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap" komen de middelen vanuit de Vlaamse regering. Wanneer ze tijdelijk worden opgenomen op een gespecialiseerde setting komen ze in een voorziening terecht die federaal wordt gesubsidieerd. Maar de toekomst van deze cliënten zal dan weer onder Vlaamse bevoegdheid vallen...

### **3.5.1 Federale bevoegdheid**

Als we naar de toekomst kijken, zullen er dan ook verschillende accenten worden gelegd. Op federaal vlak zal men proberen om het aantal ziekenhuisbedden af te bouwen, waardoor er financiële ruimte ontstaat om zich meer te richten op een ambulante werking.

Om een duidelijker beeld te krijgen van de specifieke zorgvragen werden er gedurende 3 tot 4 jaar (tot 31 maart 2011) een aantal therapeutische projecten opgestart. De projecten werden onderverdeeld naargelang de doelgroep, waarvan "personen met een verstandelijke beperking en bijkomende gedragsproblemen" er één was.

Tegelijkertijd startte men in bepaalde regio's met het uitwerken van outreaching-projecten. Hierbij was het de bedoeling om de ervaringsdeskundigen niet meer binnen de muren van het psychiatrisch ziekenhuis te houden, maar hulp en advies te bieden over de grenzen van het ziekenhuis heen. Het inkorten of vermijden van een opname binnen een psychiatrisch ziekenhuis was daarbij een grote doelstelling.

Wanneer deze doelstelling werd bevestigd bij hulpverleners die reeds aan de slag waren binnen een outreaching-project of Mobile Interventie Cel (MIC) bleek nog niet duidelijk te zijn of de doelstelling inderdaad bereikt wordt. Voor zover er momenteel reeds een beeld van kan geschetst worden (het project is nog te recent om duidelijke en relevante gegevens te kunnen verzamelen) zijn de wachtlijsten op zowel de gespecialiseerde zorgeenheden als bij het outreaching-project hetzelfde gebleven. De stap zetten naar psychiatrie is kleiner geworden.

We kunnen hierbij wel de vraag stellen of op termijn de opnameduur kan verkort worden en verdere begeleiding ambulant kan worden geboden.

Willen we een duurzame ondersteuning en behandeling bieden voor deze mensen dan moeten alle sectoren een functionele samenwerking aangaan en hun verantwoordelijkheid opnemen.

### 3.5.2 Vlaamse bevoegdheid

Vanuit het VAPH is men het systeem om de **erkenningen toe te wijzen** aan het herzien. Momenteel wordt er een onderverdeling gemaakt tussen "dagcentra", "tehuis-werkenden", "tehuis-niet-werkenden", "beschermde werkplaats", "beschermde wonen", enz. De huidige zorgvraag is gekoppeld aan de woonvorm waardoor men vaak in erg bizarre situaties terecht komt. Wanneer men in een "tehuis-werkenden" woont en niet meer kan gaan werken zou men in principe een andere woonst moeten zoeken....

Hier wil men in de toekomst van afstappen door de zorgvraag te bekijken a.h.v. van de effectieve zorgnood. Deze zorgvraag zal worden ingeschat naar de ondersteuning die overdag en 's nachts moet geboden worden. Aan de hand van de punten die daaraan worden gekoppeld zal een geschikte begeleiding kunnen gezocht worden die los staat van de woon- of werksituatie. Dit staat nog in zijn kinderschoenen en wordt momenteel verder uitgewerkt. Men probeert de nieuwe aanvragen reeds te bekijken volgens dit nieuwe systeem omdat hierdoor meer toekomstmogelijkheden geboden kunnen worden.

Daarnaast is men de "**Diensten Inclusieve Ondersteuning**"(DIO) aan het uitwerken. De doelstelling hiervan is dat er budgetten ter beschikking komen waarbij er zorg kan aangeboden worden buiten de bestaande voorzieningen, namelijk in het reguliere circuit. Doordat cliënten in gewone huizen of appartementen gaan wonen waar zorg aan huis wordt geleverd, krijgt de cliënt inclusieve ondersteuning en worden er extra plaatsen gecreëerd waar cliënten kunnen gaan wonen.

Men is momenteel een **meerjaren uitbreidingsplan** aan het uitwerken waarbij de nadruk ligt op het creëren van extra plaatsen/zorg voor personen met een handicap. De ontwikkeling van dit concept ligt bij het concept "zorggarantie". Ze willen daarbij garanderen dat elke persoon met een handicap de juiste zorg krijgt, op het moment dat hij deze zorg nodig heeft. Men tracht ook een betere afstemming te verkrijgen tussen vraag en aanbod en men streeft naar een eenvoudiger subsidiëringssysteem. Het beleidsplan ter zake zal tegen eind april of begin mei gepubliceerd worden.

Vanuit het VAPH is er een cel **zorgregie** opgestart. Daarbij is de overgang van de minderjarigen- naar de meerderjarigenzorg een belangrijk aandachtspunt. Er zou een eenvoudigere procedure moeten ontwikkeld worden waarbij al de aanvragen centraal worden geregistreerd en er geen onderscheid meer wordt gemaakt tussen minderjarigen- en meerderjarigenwerking. Samenwerking met de Integrale Jeugdhulp is dus van belang en werd reeds afgesproken. De minderjarigen kunnen bij een crisissituatie beroep doen op de integrale jeugdhulpverlening. Bij de meerderjarigen is het protocol "noodsituatie" in het leven geroepen om een crisissituatie snel te kunnen oplossen.(www.vaph.be)

De urgentiecodes liepen hun doel voorbij en werden herbekeken. Het doel is te komen tot een duidelijke richtlijn waarbij de urgentiecodes op een gelijkwaardige manier worden toegekend.

Vroeger hadden de voorzieningen de autonome keuze welke cliënten in hun voorziening konden gaan wonen. Sinds dit via de "Centrale Registratie Zorgvragen" gezamenlijk wordt bekeken, moet men verantwoording afleggen en wordt dit probleem gedeeltelijk vermeden. In de praktijk vallen de personen met een erg complexe problematiek nog vaak uit de boot. Het is wenselijk dat ook hier nog verdere stappen worden genomen om iedereen een eerlijke kans te kunnen bieden.

De functie van de contactpersoon wordt verder uitgeklaard en verduidelijkt.

### **3.5.3 Samenwerking tussen federale en Vlaamse overheid**

Momenteel is de zorg niet alleen gekoppeld aan de plaats waar de cliënt verblijft, maar ook aan de leeftijd. Er is dringend nood aan een aangepast zorgaanbod dat losstaat van de leeftijd. Door een betere afstemming en samenwerking tussen de werking van kinderen en volwassenen te creëren vermijdt men het "zwarte gat" waar veel adolescenten momenteel in vallen. Vanaf de leeftijd van ongeveer 21 jaar kan men niet meer terecht binnen de minderjarigenwerking en moet men op zoek naar een nieuwe zorgvorm. Als jongeren voor hun 21 jaar de deur worden gewezen omwille van hun complexe problematiek, is er geen aangepast zorgaanbod. Zij schommelen in deze periode tussen het VAPH en psychiatrie, minder- en meerderjarigenwerking en horen eigenlijk nergens echt thuis.

De droom van veel hulpverleners is dat er een oplossing wordt gevonden waarbij er één zorgcircuit wordt gecreëerd zodat er een natuurlijke doorstroming ontstaat tussen de minderjarigen- en meerderjarigenzorg. Ideaal zou zijn dat dit zowel binnen de zorg voor personen met een handicap als binnen het reguliere circuit kan bekomen worden. Voorlopig blijft het nog bij dromen...

Er is zeer recent een werkgroep gestart met vertegenwoordigers uit enerzijds het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Provincie Antwerpen (OGGPA), en anderzijds het Regionaal Overlegnetwerk Gehandicaptenzorg (ROG). Het doel van deze werkgroep is te bekijken op welke manier de zorg voor personen met een handicap het best op elkaar kan afgestemd worden. Doordat er samen (Vlaams als federaal) een beleid wordt gevoerd tracht men een duidelijk beeld te krijgen van de zorgvraag. Zo probeert men te komen tot een "geïntegreerde zorg voor personen met een handicap". Deze werkgroep situeert zich in de provincie Antwerpen maar ook in de andere provincies zijn er gelijkaardige initiatieven.

Daarnaast gaat men dit overleg ook voeren met een aantal afgevaardigden van iedere provinciale werkgroep om op federaal niveau een algemeen beleid te kunnen voeren. Niet alleen de doelgroep is complex, ook de noodzakelijke budgettering bevindt zich op het kruispunt van 2 bevoegdheden.

Samen "denken" en samen "werken" zullen hierbij de sleutelwoorden worden !

# Besluit

Als titel voor dit afstudeerproject koos ik voor "Een gat in de markt?" met als ondertitel "(Gebrek aan) Zorgcircuit voor adolescenten met een verstandelijke beperking en bijkomende psychiatrische- en/of gedragsproblemen".

Er blijft een groot tekort aan opvangplaatsen voor deze doelgroep die een specifieke omkadering en expertise vraagt.

Momenteel is de zorg voor deze doelgroep verspreid over de Vlaamse en de federale overheid, wat maakt dat het beleid complex en moeizaam verloopt. We kunnen dus stellen dat er dringend nood is aan samenwerking tussen het federale en Vlaamse niveau. In plaats van beleid te voeren naast mekaar zou er beter werk gemaakt worden van "samen werken en samen denken".

Daarnaast is het duidelijk dat de minderjarigen- en meerderjarigenwerking niet op elkaar zijn afgestemd, waardoor de doorstroming moeizaam verloopt. Vooral de jongeren tussen 16 en 21 jaar vallen tussen de mazen van het net omdat zij nog te jong zijn voor de volwassenenwerking. Wanneer zij tot hun 21 jaar terecht kunnen binnen de minderjarigenwerking is er geen probleem, maar vaak worden zij omwille van gedragsproblemen vroegtijdig aan de deur gezet en kunnen zij nergens terecht. Wat men gaat doen met de stijgende aanvragen vanuit de minderjarigenwerking blijft nog steeds een groot vraagteken.

Binnen het VAPH is de zorgvraag duidelijk groter dan het zorgaanbod, waardoor er creatieve oplossingen worden gezocht om tijdelijk hulp te kunnen bieden. Of dit steeds in het voordeel van de cliënt is kan hierbij in vraag worden gesteld. De doorstroming wordt nog moeilijker wanneer cliënten een periode in een psychiatrisch ziekenhuis hebben verbleven. De stigmatisering van de psychiatrie blijft nog steeds aanwezig.

Binnen het "Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap" zijn er de vorige jaren al heel wat stappen gezet, maar het aantal opvangplaatsen blijft nog steeds onvoldoende.

Een samenwerking tussen het VAPH en de gespecialiseerde zorgeenheden binnen psychiatrische ziekenhuizen zou een oplossing kunnen bieden naar zowel de minderjarigen- als de meerderjarigenwerking. Door ondersteuning en expertise te bieden "aan huis", wordt de mogelijkheid gecreëerd om cliënten "thuis" te laten wonen ondanks hun complexe problematiek. De woonmogelijkheden binnen het VAPH zullen dan wel moeten uitgebreid worden.

Op deze manier kunnen we samen "denken" en "werken" aan het **"gat in de markt"!**

# Literatuurlijst

Andries, J., Bauwens, S., Cuypers, W., De Muer, W., Morisse, F. & Weyts, E. (2003). Observatie en behandeling van volwassenen met een verstandelijke handicap met bijkomende psychiatrische en/of gedragsproblemen. *Psychiatrie en verpleging – Tijdschrift voor hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg*, 79 (5), 279-302. Antwerpen- Apeldoorn: Garant.

Boydens, J., De Boodt, M., Devliegher, J., Oosterlinck, K., Vicca, C. (2001). Gids in de Geestelijke Gezondheidszorg. Brugge: Vanden Broele.

Bursens, L. (2009). Zorgregierapport VAPH. Brussel.

De Rijcke, R. (2007). Waarheen met minderjarigen met een psychiatrische stoornis in combinatie met een problematische opvoedingssituatie of een misdrijf? *Psychiatrie en verpleging – Tijdschrift voor hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg*, 83 (1), 57-64. Antwerpen- Apeldoorn: Garant.

Dhaene, P. (2009). Strategische adviesraad uit de startblokken. *Zorgwijzer*, zorgnet Vlaanderen.

Dosen, A. (2005). Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap: een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen. Assen: Koninklijke Van Gorcum. Gesprekken en mails met ervaringsdeskundigen (orthopedagogen en neuro-psychiater) van de gespecialiseerde settings.

Goris, R. (2002). "Wachten in het land der voorzieningen: gehandicaptensector pleit voor centraal zorgplan". *Weliswaar*, 41.

Infobrochure gezinsverpleging Geel.

Krols, N. (2003). De toekomst maak je vandaag: het Vlaams Fonds wil de wachtlijsten weg. ". *Weliswaar*, welzijnsmagazine voor Vlaanderen.

Mails met de raadgever van het kabinet van Jo Vandeurzen.

Plessers, M. (2008). Wonen... en geestelijke gezondheid. *Similes*, federatie van Vlaamse Simileskringen.

Roctus, K., Pongers, R., Schalenbourg, B., Vicca, C. (2009). Sociale landkaart: *informatiewijzer federale en Vlaamse voorzieningen*. Brugge: Vanden Broele.

Scholiers, J. (2007). Gedragsstoornissen in een woonvoorziening voor mensen met een verstandelijke handicap. *Psychiatrie en verpleging – Tijdschrift voor hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg*. Antwerpen- Apeldoorn: Garant.

Vandereycken, W., van Deth, R. (2004). Bouwstenen voor gezondheidszorgonderwijs: psychiatrie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Vanderplasschen, W., Vandeveld, S., Claes, C., Broekaert, E., Van Hove, G. (2006). Orthopedagogische werkvelden in beweging: organisatie en tendensen. Antwerpen: Garant.

Vanderplasschen, W., Vandevelden, S., Claes, L., Broekaert, E., Van Hove, G. (2006). *Orthopedagogische werkvelden in beweging: organisatie en tendensen*.

Vandeurzen, J., (2010). Iedereen wij- over uw welzijn, onze zorg en hoe we daar samen aan werken. *Weliswaar*, welzijnsmagazine voor Vlaanderen.

Vanmarcke, V., Cattrijsse, L., Csincsak, M. (2006). Handinfo: *handige informatie voor personen met een handicap*. Brussel: Iannoo.

VAPH. (2004) Meerjarenanalyse: een achteruit- en vooruitblik op de zorgbehoeften van personen met een handicap.

VAPH.(2009) Omzendbrief definitieve regeling noodsituatie(9).

Vastmans, R. (1994). De versplintering in het gehandicaptenbeleid leidt op termijn tot ontsporing. *Tijdschrift voor welzijnswerk* (18).

Vogels, M. (2002). "Noodzorg voor zorgnood: de zorgbehoefte is te weinig bekend". *Weliswaar*, 41.

[www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl) geraadpleegd op 5 februari 2010

[www.kvg.be](http://www.kvg.be) geraadpleegd op 11 oktober 2009

[www.senvzw.be](http://www.senvzw.be) geraadpleegd op 28 maart 2010

[www.stentproject.be](http://www.stentproject.be) geraadpleegd op 10 maart 2010

[www.vaph.be](http://www.vaph.be) meermaals geraadpleegd tussen september 2009 en maart 2010

[www.vfg.be](http://www.vfg.be) geraadpleegd op 14 december 2009

[www.vgph.be](http://www.vgph.be) geraadpleegd in september en december 2009

[www.vlaamsparlament.be](http://www.vlaamsparlament.be) geraadpleegd op 24 september 2009

[www.vlaamswelzijnsverbond.be](http://www.vlaamswelzijnsverbond.be) geraadpleegd op 11 oktober 2009

[www.vlaanderen.be](http://www.vlaanderen.be) meermaals geraadpleegd tussen september 2009 en maart 2010

[www.vlafo.be](http://www.vlafo.be) geraadpleegd op 24 oktober 2009

[www.zorgnetvlaanderen.be](http://www.zorgnetvlaanderen.be) geraadpleegd op 15 november 2009

Yuksel, V. (2002). "Even geduld a.u.b.: welzijnssector heeft totaalplan en nieuwe visie nodig". *Weliswaar*, welzijnsmagazine voor Vlaanderen.