

Nodenanalyse

ifv RIZIV-conventie terugbetaling psychologische functies in de eerste lijn
in samenwerking met de eerstelijnszones

Maart 2022

INHOUD

1. Inleiding
2. Online vragenlijst
 - 2.1 Omschrijving
 - 2.2 Resultaten
 - 2.2.1 Informatie respondenten
 - 2.2.1.1 Eerstelijnszone
 - 2.2.1.2 Sectoren en beroepen
 - 2.2.2 Zorginhoud
 - 2.2.2.1 Leeftijdsdoelgroepen
 - 2.2.2.2 Zorgnoden
 - 2.2.2.3 Groepsaanbod
 - 2.2.2.4 Lokale multidisciplinaire samenwerkingsverbanden
 - 2.2.3 Zorgorganisatie
 - 2.2.3.1 Vindplaatsen
 - 2.2.3.2 Bestaande aanbod
 - 2.2.3.3 Toegankelijkheid
3. Conclusies en aanbevelingen voor implementatie in de praktijk
4. Volgende stappen

Bijlage

1. Ruimer kader nodenonderzoek mentaal welzijn Limburg
2. Vragenlijst

1. Inleiding

Binnen de Limburgse geestelijke gezondheidsnetwerken (Reling, Noolim en Ligant) wordt er belang gehecht aan het in kaart brengen van de regionale psychologische en orthopedagogische (zorg)noden.

Daarom werd er een ruimer onderzoeksopzet uitgeschreven waarbinnen er verschillende onderzoeksmethodes in acht worden genomen om naar deze regionale (zorg)noden te peilen¹. Op deze manier wordt er ook getracht rekening te houden met het principe van 'methodische triangulatie'. Dit om de validiteit van de onderzoeksresultaten te waarborgen. Triangulatie, het hanteren van meerdere onderzoeksmethoden, verhoogt immers de geldigheid van de onderzoeksresultaten (Verhoeven, 2018).

Het nodenonderzoek is een gefaseerd onderzoek met een dynamisch karakter. We vetrekken vanuit de idee dat het in kaart brengen van deze (zorg)noden geen statisch maar dynamisch proces is dat doorheen het project meermaals herhaald kan worden. We zijn gestart met een uitzenden van online survey-vragenlijst dewelke een verfijning is of slechts enkele puzzelstukjes zijn van een ruimer proces. De resultaten van de survey zullen afgetoetst en samengelegd worden met de populatiemanagementtool die ons ter beschikking wordt gesteld door de Federale Overheid. Ook zullen de resultaten afgetoetst worden aan bestaande wetenschappelijk onderzoeken waarin verschillende lokale/regionale epidemiologische data over psychiatrische morbiditeit en problematieken volgens leeftijd, geslacht, afkomst, sociale status en verstedelijkingsgraad vervat zitten. Thornicroft (2009) benadrukt ook dat lokale/regionale epidemiologische data over psychiatrische morbiditeit en problematieken volgens leeftijd, geslacht, afkomst, sociale status en verstedelijkingsgraad beschikbaar moeten zijn om tot een optimale inschatting te komen van de behoefte aan geestelijke gezondheidszorg. Onderzoek van prof. Dr. R. Bruffaerts zal hiervoor onder meer gehanteerd worden.

Zowel qua populatie (deelnemers aan het onderzoek) als qua onderzoeksmethoden trachten we dit onderzoek in de toekomst uit te breiden. We hopen dat de aangeworven lokale coördinatoren deze taak op zich kunnen nemen.

Zo leeft bijvoorbeeld ook het idee om in een latere tijd regionale focusgroepen te organiseren met een diversiteit aan deelnemers die zich focussen op de regionale

¹ We verwijzen hierin naar het ruimer kader nodenonderzoek mentaal welzijn Limburg, toegevoegd in bijlage.

behoeften aan preventie en psychologische en orthopedagogische zorg per leeftijdscategorieën. In deze focusgroepen kunnen lokale zorgnoden op een gestructureerde manier in kaart gebracht aan de hand van de opvattingen, verhalen en meningen van bijvoorbeeld burgers, zorggebruikers, ervaringsdeskundigen, mantelzorgers, GGZ-voorzieningen en andere welzijns- en gezondheidsdiensten.

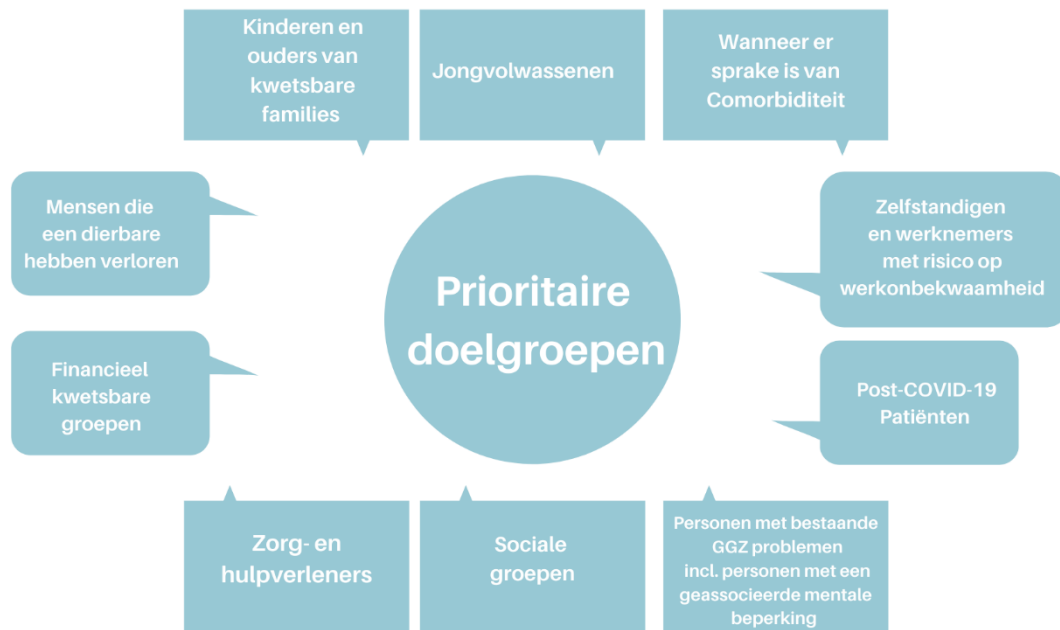
De resultaten van zowel de online survey, relevante wetenschappelijke data als de info afkomstig uit het hanteren van de populatiemanagementtool zullen vervolgens ook gehanteerd worden als input voor de opgerichte 'inhoudelijke denktanks'. Binnen provincie Limburg worden er twee denktanks georganiseerd. Eén daarvan in functie van de doelgroep 'kinderen en jongeren' en de andere in functie van de doelgroep 'volwassenen en ouderen'. Beide denktanks werken echter nauw samen als communicerende vaten en vormen de brug naar en voor de doelgroep 'jongvolwassenen'. De opdracht van deze inhoudelijke denktank situeert zich in het geven van aanbevelingen inzake zorginhoudelijke aspecten en organisatie van zorg zowel voor de eerstelijnspsychologische functie als de gespecialiseerde psychologische functie in de eerste lijn. We hopen op deze manier een '*public mental health visie*' te waarborgen. Een visie waarbij er sterk ingezet wordt op lokale noden en lokale multidisciplinaire samenwerking.

2. Online vragenlijst

2.1 Omschrijving

De Limburgse netwerken geestelijke gezondheid (Reling, Noolim & Ligant) willen samen met de eerstelijnszones in Limburg op diverse manieren de psychologische en orthopedagogische (zorg)noden in de regio in kaart brengen, in functie van de nieuwe RIZIV- conventie voor terugbetaling van psychologische functies in de eerste lijn. In deze uitbreiding van het zorgaanbod staat de 'Public Mental Health' visie centraal. Hierin wordt er veel waarde gehecht aan het afstemmen van psychologische en orthopedagogische preventie en hulpverlening op de noden in een bepaalde regio.

Concreet willen we met deze vragenlijst in kaart brengen over welke leeftijdsdoelgroepen, in de werkregio, men zich zorgen maakt en waarover men zich zorgen maakt. Verder krijgt men ook de kans om het, gesubsidieerde, preventief en hulpverlenend aanbod aangaande de gedetecteerde zorgnoden in de regio mee te delen. We willen hiermee nagaan of de (zorg)nood ingelost kan worden, met andere woorden, vindt de doelgroep toegankelijk en voldoende hulp in die regio. Als laatste kan men ook (innovatieve) ideeën geven om tegemoet te komen aan bepaalde (zorg)noden in uw regio. Hierin bevragen we actief de vindplaatsen, ideeën voor groepsaanbod, co-creaties, Voor het geheel van de vragenlijst werd er meegegeven dat het belangrijk is om prioritaire doelgroepen die de Federale Overheidsdienst heeft vooropgesteld in het achterhoofd te houden. Voor deze doelgroepen ligt de focus op milde tot matige klachten waarvoor een klinisch psycholoog /orthopedagoog een individueel of een groepsaanbod kan organiseren.



De online vragenlijst² werd, samen met de eerstelijnszones, verstuurd naar Limburgse netwerkpartners dewelke betrokken zijn op het domein (geestelijke) gezondheid voor (jonge) kinderen, jongeren, (jong)volwassenen en ouderen. Er werd gestreefd naar het zo ruim en divers mogelijk verspreiden van deze vragenlijst. We hoopten dat ook de netwerkpartners op hun beurt deze vragenlijst ruim verspreid hebben, om zo een sneeuwbaaleffect te bekomen. Er was bijzondere aandacht om de vragenlijst ook te verspreiden via organisaties die actief zijn in cliënt- en familievertegenwoordiging. De vragenlijst kon ingevuld worden van 13 januari 2022 tot 15 februari 2022.

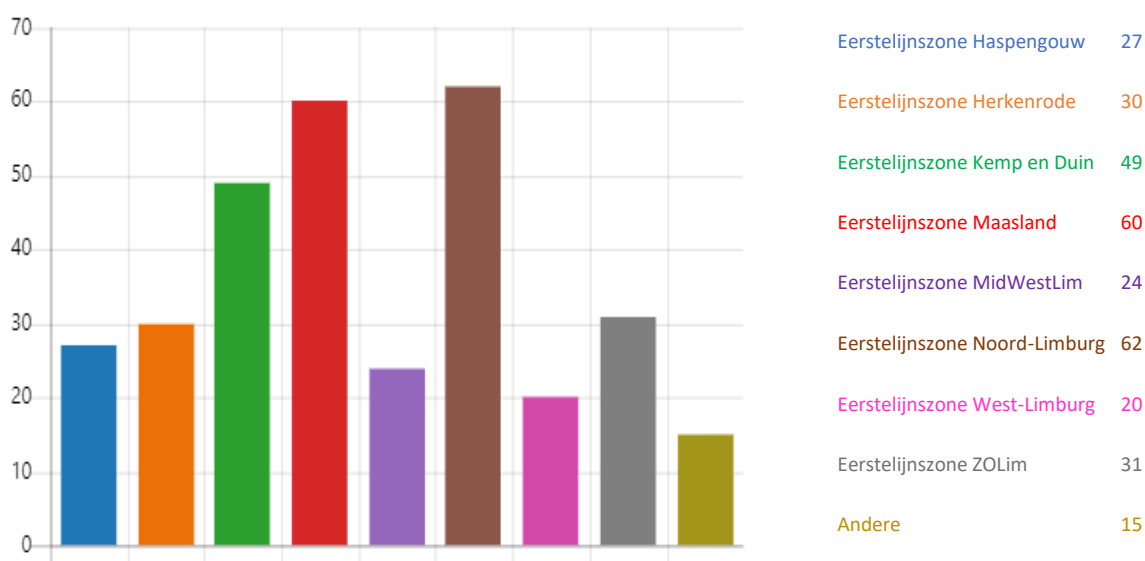
² Volledige vragenlijst in bijlage

2.2 Resultaten

We ontvingen 217 ingevulde vragenlijsten in de periode van 13 januari 2022 tot 15 februari 2022.

2.2.1 Informatie over de respondenten

Eerstelijnszone



Figuur 1: Respons per eerstelijnszone

In bovenstaande figuur ziet u een weergave van de respons per eerstelijnszone. Respondenten konden meerdere eerstelijnszones selecteren, omdat het voorkomt dat men in meerdere eerstelijnszones actief is. 176 respondenten hebben één eerstelijnszone aangeduid, 41 respondenten hebben meerdere eerstelijnszones geselecteerd. Van deze 41 zijn er 8 respondenten die alle eerstelijnszones aanduiden en provinciaal actief zijn (bijvoorbeeld LOGO Limburg, jeugdhulpverlening, K&G). Voor de overige respondenten die meerdere eerstelijnszones selecteren stellen we vast dat dit zeer vaak aangrenzende eerstelijnszones zijn.

In de categorie 'andere' is de meerderheid (11) van de respondenten actief op provinciaal niveau (bijvoorbeeld mutualiteit, ACT Limburg, familievertegenwoordiger, ...). Voor enkele

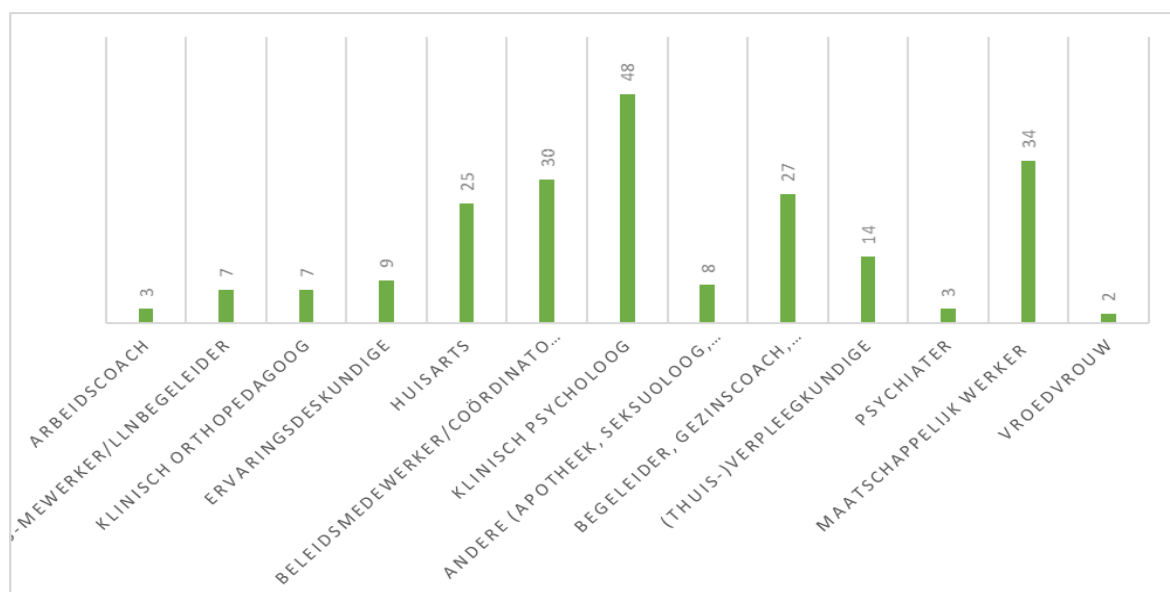
respondenten was er verwarring en lijkt het alsof de vraag geïnterpreteerd werd dat men actief is in een orgaan van de eerstelijnszone (bv. zorgraad). Dit betreft 2 respondenten voor ELZ Maasland., 1 respondent voor ELZ Haspengouw en 1 respondent voor ELZ ZOLim.

In de bevraging was er ook de mogelijkheid om gemeentes en/of wijken aan te duiden. We nemen deze gegevens niet mee in dit rapport. Deze gegevens zijn ter beschikking van de lokale coördinatoren om met de partners van een betreffende gemeente en/of wijk in dialoog te gaan.

Sectoren en beroepen

Vanuit het oogpunt van intersectorale samenwerking vinden we het interessant om te weten welke beroepsgroepen en sectoren hun input gegeven hebben in deze vragenlijst. Op die manier leren we welke we partners we goed bereiken én wie we niet bereikt hebben met deze vragenlijst en in de verdere uitrol van de psychologische functies in de eerste lijn actief kunnen benaderen.

De vraag naar het beroep van de respondent was in deze vragenlijst een open vraag. Er werd een veelheid aan beroepen omschreven. We hebben getracht deze te clusteren waar mogelijk. Vervolgens hebben we de categorieën geteld.

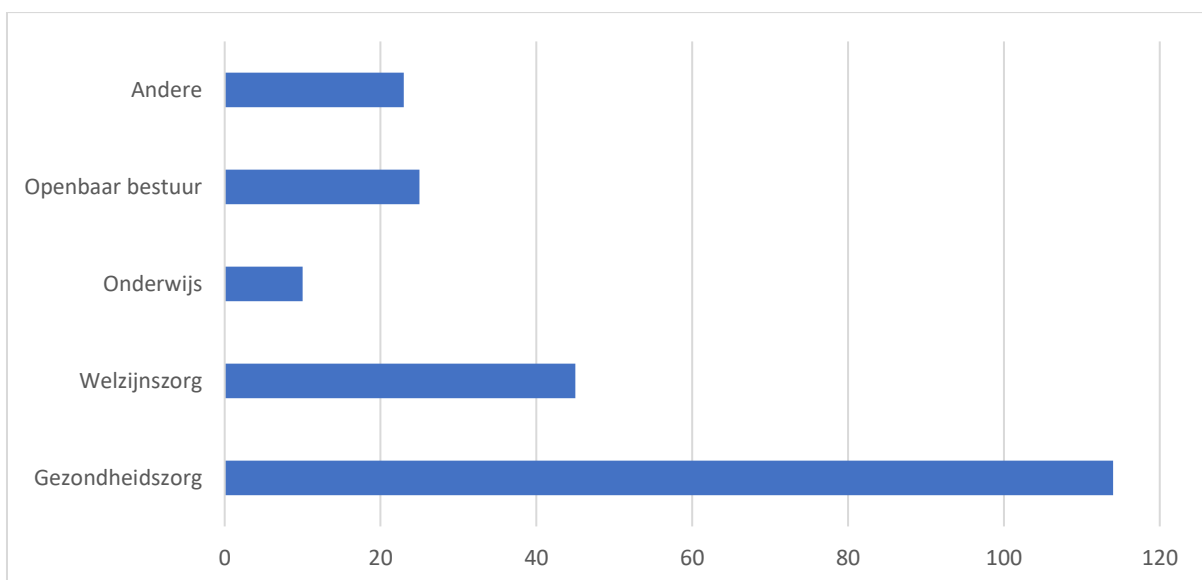


Figuur 2: Beroep

We stellen vast dat er een ruime input is vanuit GG-beroepen en beleidsmakers GG. Er is daarnaast ook een ruime input vanuit maatschappelijk werkers, huisartsen en verpleegkundigen. Er is input van ervaringsdeskundigen, maar niet evenredig met het belang dat we hechten aan de input van hen. We missen de input van paramedici: kinesisten, logopedisten, voedingsdeskundigen, ... waarvan we kunnen verwachten dat zij een belangrijke rol kunnen spelen op vlak van vroeg detectie en verwijzing én waarmee we in het groepsaanbod een co-creatie kunnen doen. Het is van belang om hen in toekomstige gesprekken actief te betrekken.

In antwoord op de vraag van de sector waarin men tewerkgesteld is, kon men kiezen tussen de categorieën: gezondheidszorg, onderwijs, onderzoek, openbaar bestuur, welzijnszorg of andere.

De grootste respons komt uit de sector gezondheidszorg (114). Dit omvat zowel de lichamelijke als de geestelijke gezondheidszorg. Wanneer we de omschrijving analyseren zien we een meerderheid van de input vanuit de geestelijke gezondheidszorg. Voor de sector welzijnszorg zijn er 45 responses, voor de openbaar besturen 25 en voor de sector onderwijs 10. In de categorie 'andere' noteren we 23 responses. In analyse van de antwoorden lezen we hier vooral partners in de jeugdhulpverlening, thuiszorg, arbeid en Vlaamse Overheid.



Figuur 3: Sectoren

In de bevraging was er ook de mogelijkheid om de organisatie waarin men werkt in te vullen. We nemen deze gegevens niet mee in dit rapport, maar deze zijn ter beschikking van de lokale coördinatoren die hierover met de partners van de betreffende regio in dialoog kunnen gaan als dat een inhoudelijke meerwaarde geeft.

2.2.2 Zorginhoud

Op vlak van zorginhoud hebben we de keuze gemaakt om een provinciale analyse te maken. In het lezen van de resultaten was er een grote overeenkomst tussen de verschillende eerstelijnszones op vlak van zorginhoud en zorgorganisatie. Daarnaast was er een bezorgdheid dat erdoor te veel opdeling in verhouding tot het totaal aantal responsen te weinig zinvolle data overbleef.

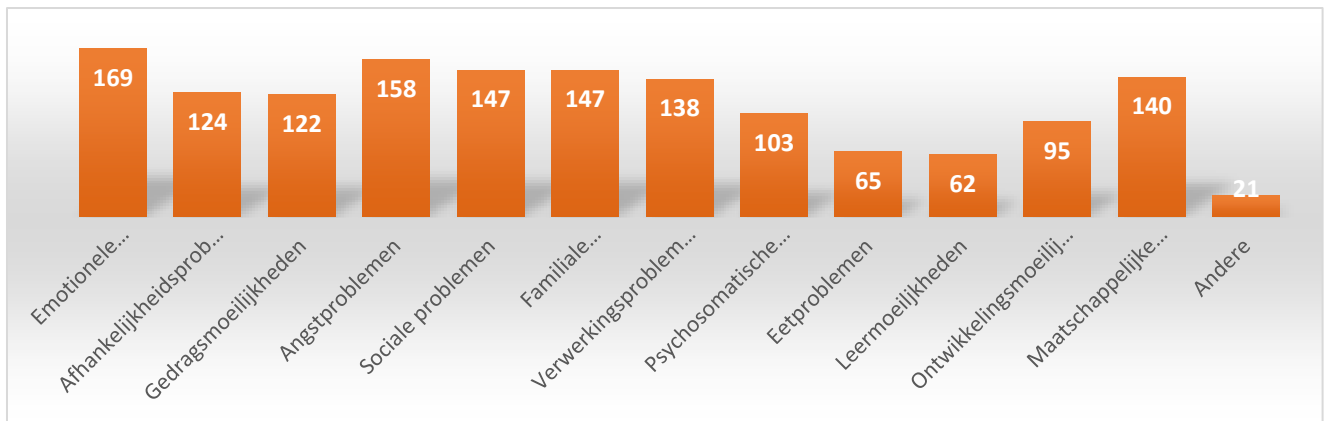
In de verdere operationalisering kan de lokale coördinator in dialoog gaan over de specifieke uitrol in een eerstelijnszone. De gegevens per eerstelijnszone, zijn desgewenst ter beschikking.

Zorgnood

Met betrekking tot het signaleren van de zorgnood was er de mogelijkheid om deze aan te duiden in algemene, reeds omschreven categorieën³.

We stellen vast dat er weinig differentiatie is tussen de categorieën: emotionele problemen, angstproblemen, sociale problemen, familiale moeilijkheden, maatschappelijke kwetsbaarheid, verwerkingsproblemen, afhankelijkheidsproblemen, gedragsmoeilijkheden. De categorieën psychosomatische problemen, eetproblemen en leermoeilijkheden werden in verhouding minder aangeduid.

³ Voor een uitgebreide omschrijving van deze categorieën verwijzen we naar de volledige vragenlijst in bijlage

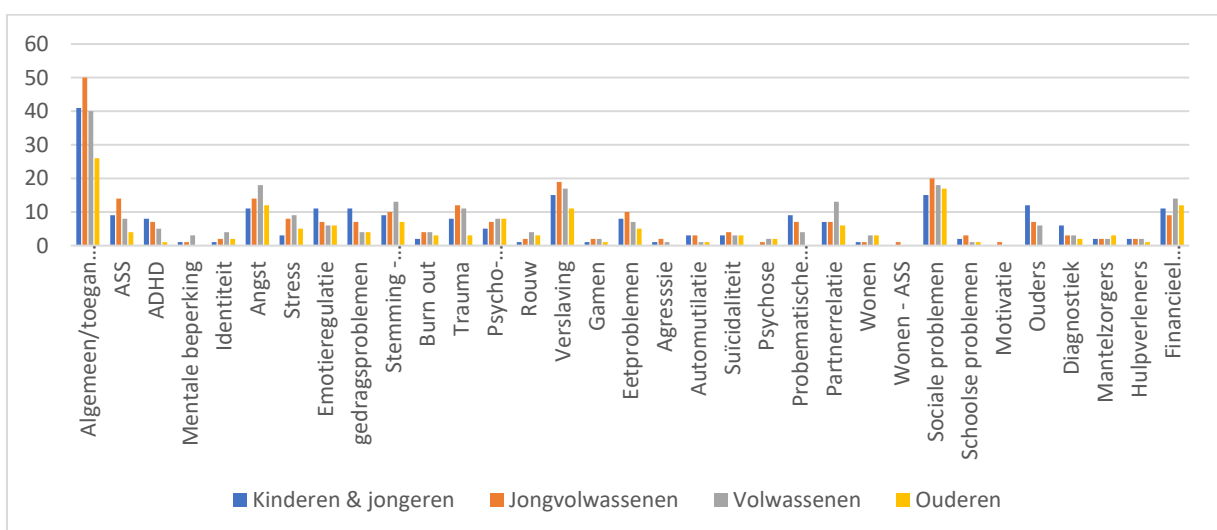


Figuur 5: Zorgnood aangeduid in categorieën voor alle leeftijdsdoelgroepen

In de verwerking van de resultaten zijn we nagegaan of er unieke antwoorden zijn voor bepaalde categorieën. 9 respondenten vinkten een enkele categorie aan. De overige respondenten vinkten meerdere categorieën aan.

Dit bevestigt het gegeven dat het van belang is om in de psychologische functies in te zetten op een breed, generalistisch aanbod.

Naast de aanduiding van de algemene categorieën werd er gevraagd om de zorgnood concreet te omschrijven en aan te geven hoe men deze zorgnood gedetecteerd heeft. Deze omvangrijke input hebben we gelezen en geturfd in categorieën. We maakten hiervoor een analyse per leeftijdsdoelgroep.



Figuur 6: zorgnoden per leeftijdsdoelgroep

Algemeen lezen we in de input op deze vraag een veelheid van informatie. Enerzijds omschrijft men bezorgdheden en noden op vlak van toegankelijkheid van zorg (wachtlijden, kostprijs, afstand tot de hulp, versnippering...). Hierop komen we later meer uitgebreid terug bij het item 'toegankelijkheid'.

Men omschrijft 'problematieken' gaande van breed generalistisch (stress, sociale problemen, emotieregulatie, rouw,) tot meer specifiek (verslaving, ontwikkelingsstoornissen, eetproblemen, burn-out, ...). Daarnaast worden er ook doelgroepen (ouders, mantelzorgers, financiële kwetsbaarheid, ...) omschreven. Tot slot wordt er ook een nood aan een specifiek aanbod (diagnostiek) aangegeven.

Dit geeft ons informatie waarop we inhoudelijk kunnen inzetten in de eerstelijnspsychologische functie, met name breed generalistisch (veerkracht, weerbaarheid, emotieregulatie, omgaan met stress, ...) en waar de meer specifieke noden liggen voor de gespecialiseerde psychologische zorg (verslaving, ontwikkelingsproblemen, eetproblemen, angst, depressie, burn-out, ...). Naar doelgroepen weerhouden we de financieel kwetsbaren als een belangrijke doelgroep waarin we in de organisatie van zorg samen met de eerstelijnszones inzetten op het toegankelijk (kostprijs, vindplaats, sleutelfiguren) aanbieden van de psychologische functies. Daarnaast is het bijvoorbeeld belangrijk om voor ouders van kinderen en jongeren een aanbod te doen. Hierin is het zinvol dat de netwerken voor kinderen en jongeren en volwassenen goed samenwerken. In functie van de aangegeven nood voor diagnostiek is het belangrijk dat we samen met de partners, o.a. in de inhoudelijke denktanks, de oefening kunnen maken op welke manier behandelingsgerichte diagnostiek/beeldvorming een plaats kan hebben in de gespecialiseerde psychologische functie.

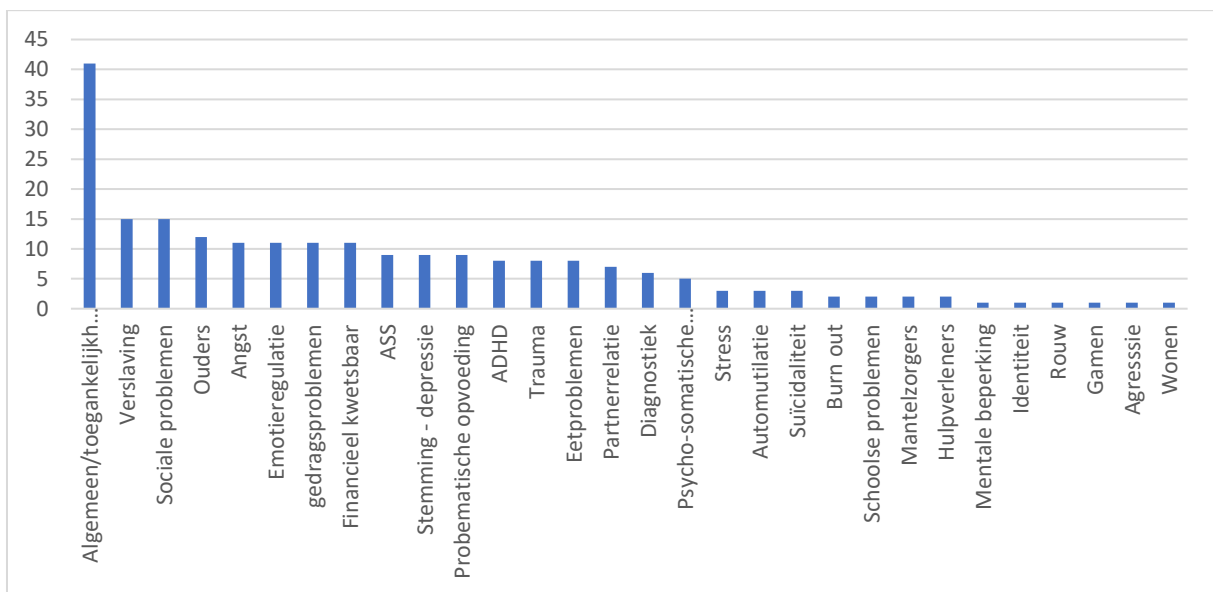
Met betrekking tot de doelgroep 'financieel kwetsbaren' kunnen we meegeven dat er door de Federale Overheidsdienst een populatiemanagementtool ter beschikking wordt gesteld waarin sociaaleconomische factoren mee in rekening genomen worden. Deze tool geeft een indicatie van de precociteit tot op niveau van gemeente en geeft een indicatie van de capaciteit van zorg die in die regio aangewezen is. Deze tool houdt echter geen rekening met het reeds bestaande aanbod. In dat geval blijft het belangrijk om in dialoog te gaan met de partners in de eerstelijnszone en samen keuzes te maken.

Uitgaande van de aangeduide categorieën en de concreet omschreven zorgnoden stellen we vast dat het aangewezen is om enerzijds een breed generalistisch aanbod te doen. Dit kan zijn plaats hebben in de eerstelijnspsychologische functie. Anderzijds is het goed om

een meer gericht aanbod te doen voor bepaalde thema's en doelgroepen. Dit kan een plaats hebben binnen de eerstelijnspsychologische functie en/of de gespecialiseerde functie.

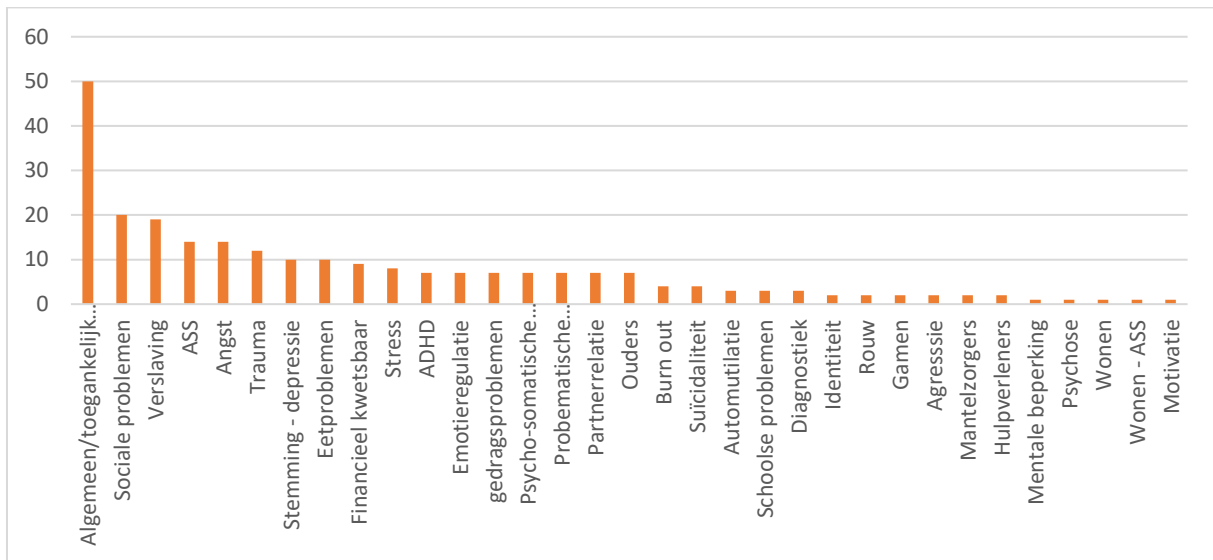
In wat volgt bieden we een overzicht van de gesignaleerde zorgnoden per leeftijdsdoelgroep. Dit biedt de kans om hierover met partners in dialoog te gaan en eventueel meer specifieke keuzes te maken afgestemd op de leeftijdsdoelgroep.

Kinderen en jongeren



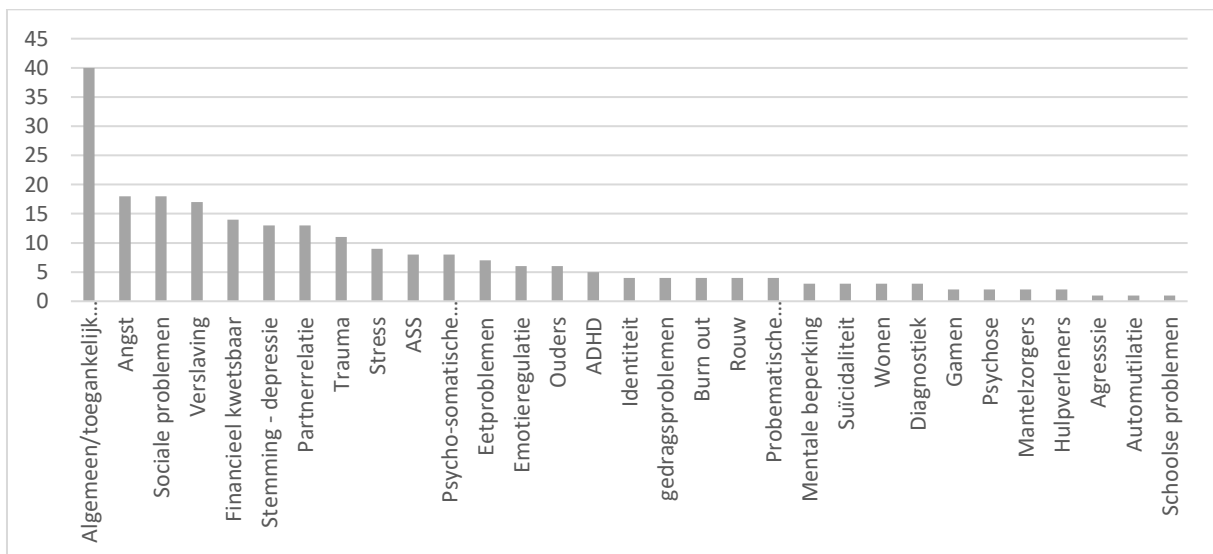
Figuur 7: Zorgnoden kinderen en jongeren

Jongvolwassenen



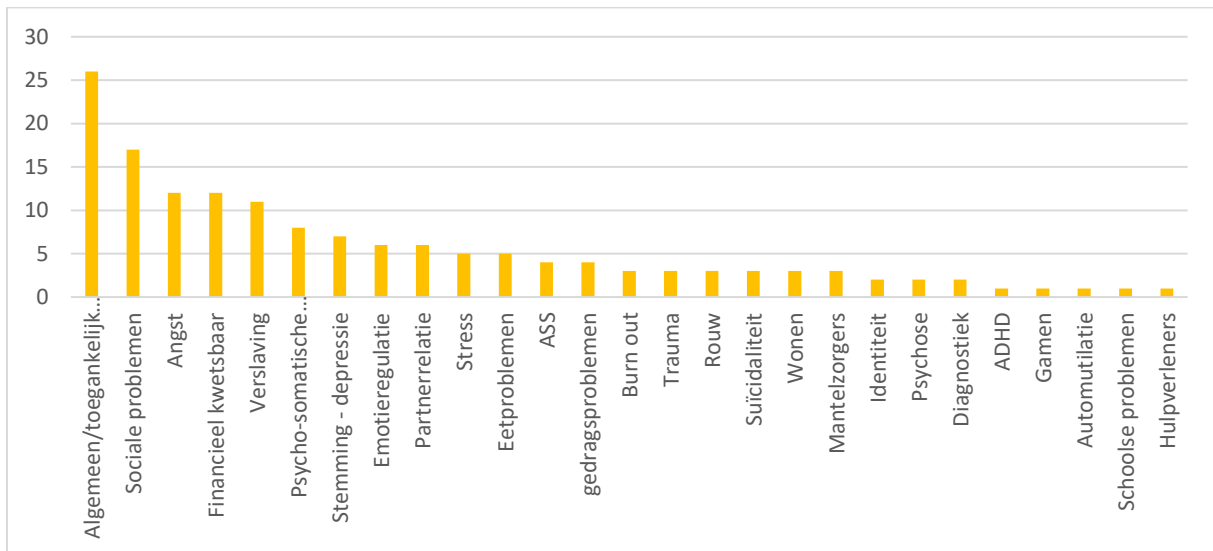
Figuur 8: Zorgnoden jongvolwassenen

Volwassenen



Figuur 9: Zorgnoden volwassenen

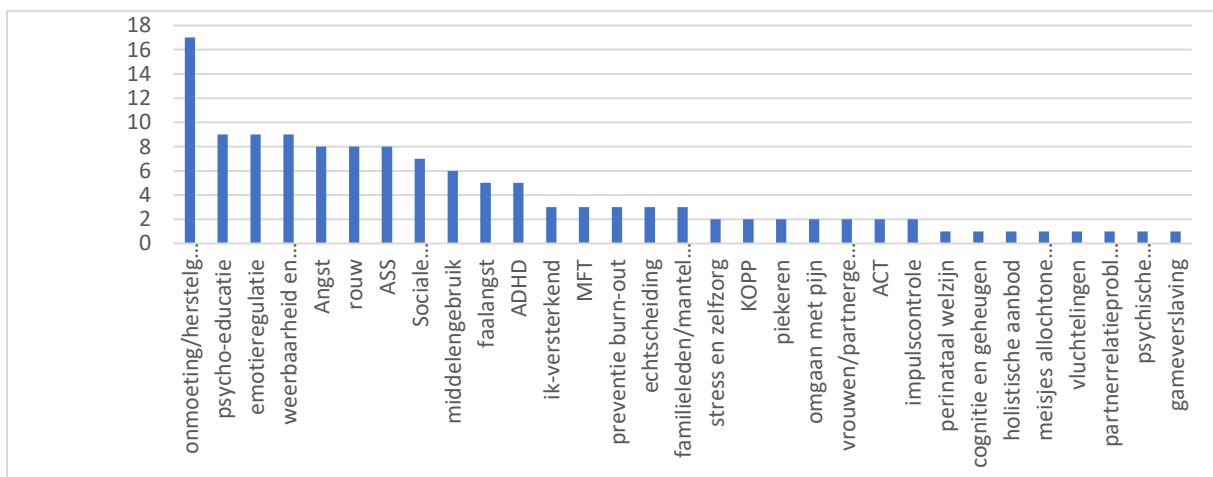
Ouderen



Figuur 10: Zorgnoden ouderen

Groepsaanbod

In kader van het ontwikkelen van het groeipad voor groepsaanbod én co-creatie met partners uit verschillende sectoren werd er gevraagd naar ideeën voor het uitwerken van een groepsaanbod. Dit was een open vraag die we opnieuw gelezen en geturfd hebben. We hebben voor deze vraag geen analyse per leeftijdsdoelgroep.



Figuur 11: Ideeën voor groepsaanbod

Er worden het meest suggesties gedaan naar ontmoetings-/herstelgerichte groepen. Hierin is de inzet van ervaringsdeskundigheid vanuit perspectief van cliënt en/of familie

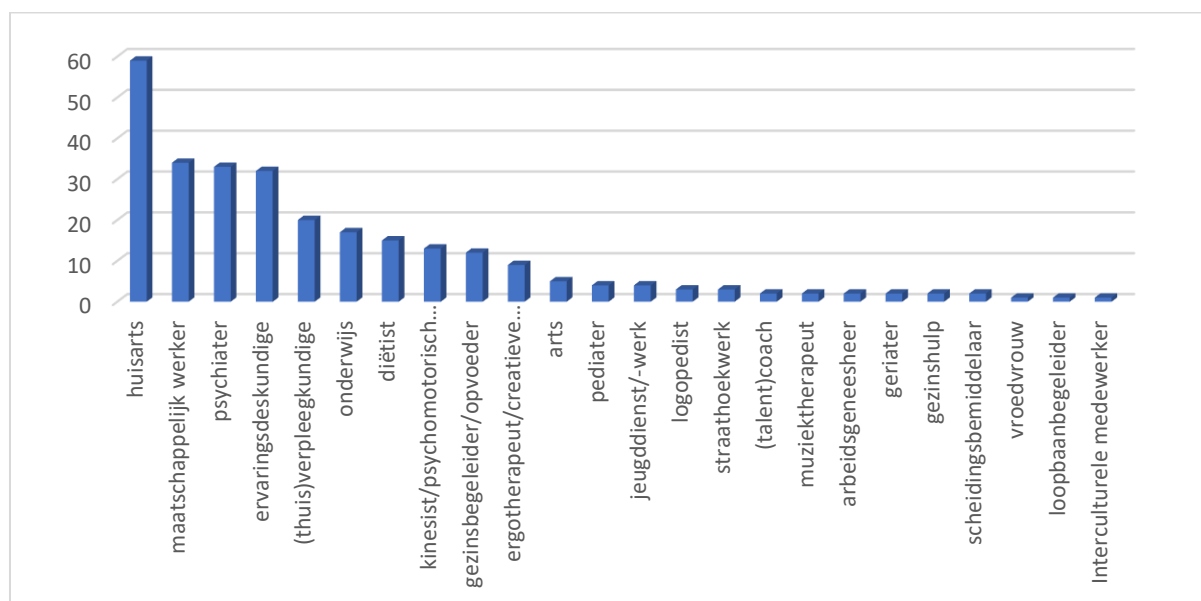
onmisbaar. In het operationaliseren van het aanbod is het een aandachtspunt om een aanvullend aanbod te doen aan de reeds bestaande initiatieven die inzetten op ontmoeting en herstel (bijvoorbeeld: zelfhulpgroepen, lotgenotencontacten, Overkop, ...).

Op vlak van psycho-educatie in groep wordt er zowel gesuggereerd naar algemene psycho-educatie (slaap, gezonde voeding, stresshantering, ...) als meer specifieke psycho-educatie (ASS, ADHD, ...).

Gelijklopend met de hoger omschreven zorgnoden zien we ook hier enerzijds suggesties rond meer generalistische thema's (emotieregulatie, weerbaarheid en veerkracht, ik-versterkend, preventie burn-out, ...) en anderzijds een meer specifiek aanbod voor bepaalde problematieken (angst, rouw, middelengebruik,) of vertrekkende vanuit een specifiek aanbod (Acceptance and Commitment Therapy, Multi Family Therapy). In de antwoorden lezen we ook de suggesties voor een goed evenwicht tussen een verbaal en een non-verbaal, ervaringsgericht aanbod.

Lokale multidisciplinaire samenwerkingsverbanden

Daarnaast werd er bevraagd welke disciplines men ziet samenwerken als men denkt aan een aanbod voor de gedetecteerde zorgnoden. Dit was opnieuw een open vraag die we gelezen en geturfd hebben.



Figuur 12: Samenwerking tussen disciplines

In de analyse van deze vraag hebben we niet gedifferentieerd per leeftijdsdoelgroep. In het lezen van de antwoorden zien we wel specifieke disciplines die vaker voorkomen voor een bepaalde leeftijdsdoelgroep of problematiek. Bijvoorbeeld thuisverpleegkundigen, gezinshulp en geriater worden veelal aangeduid voor de leeftijdsdoelgroep 'ouderen'. Bijvoorbeeld voedingsdeskundigen/diëtisten worden meer aangeduid in relatie tot eet- en gewichtsproblemen.

De omschreven disciplines kunnen zowel een actieve rol opnemen in het zorgaanbod en/of fungeren als sleutelfiguur in functie van een toegankelijk zorgaanbod.

We stellen vast de huisarts vaak gesuggereerd wordt als een discipline om samen te werken. We lezen hierin vooral het belang om niveau van de individuele cliënt goed te communiceren met de huisarts. Daarnaast worden huisartsen, omwille van de vertrouwensrelatie en laagdrempelige beschikbaarheid, vaak in vertrouwen genomen en kan de huisarts gericht toeleiden naar de eerstelijnspsychologische zorg. Het is interessant om na te denken hoe er eventueel ook een co-creatie kan ontstaan met een huisarts en een klinisch psycholoog /orthopedagoog in een groepsaanbod.

Naast huisartsen worden maatschappelijk werkers gesuggereerd als belangrijke partner. Als we kijken naar de zorgnoden waar 'sociale problemen' vaak gesignaleerd worden, zijn maatschappelijk werkers een belangrijke partner in het detecteren van zorgvragen en kan men een belangrijke sleutelfiguur zijn in het toeleiden naar de zorg. Ook hier is het interessant om na te denken hoe er een co-creatie kan ontstaan met een maatschappelijk werker en een klinisch psycholoog /orthopedagoog in een groepsaanbod.

De samenwerking met een psychiater is vooral van belang wanneer er sprake is van ernstige problematiek en een intensifiëring van hulp of een multidisciplinaire aanpak nodig is. Ook wanneer er sprake is van een onderliggende (chronische) problematiek die stabiel is, kan een psychiater een belangrijker actor zijn.

In het verder vorm geven van de behandelingsgerichte diagnostiek in de gespecialiseerde psychologische functie is het van belang om hierover in overleg te gaan met de psychiaters.

Ervaringsdeskundigen worden eveneens aangegeven als een belangrijke partners in de samenwerking om tegemoet te komen aan de zorgnoden. Ook hier kan dit door middel

van een rol als sleutelfiguur vanuit activiteiten van patiënten- en familieorganisaties als in een co-creatie met een klinisch orthopedagoog/psycholoog in een groepsaanbod.

2.2.3 Zorgorganisatie

Vindplaatsen

Men kon aangeven welke vindplaatsen geschikt zijn in de regio, eventueel verfijnd naar leeftijdsdoelgroep en/of zorgnood. We hebben deze antwoorden gelezen en geturfd per vindplaats en doelgroep. In de vraagstelling werd er geen omschrijving gegeven van het begrip 'vindplaats'. In de gesprekken met partners stellen we vast dat dit begrip verschillende betekenissen heeft.

In de analyse van de antwoorden stellen we vast dat er verwarring is tussen vindplaatsen, sleutelfiguren en functies (bijvoorbeeld outreaching aan huis). Ze houden allen verband met toegankelijkheid van hulp en in de verdere dialoog met partners zal de toegankelijkheid steeds het doel zijn waarvoor vindplaatsen en sleutelfiguren een belangrijk middel zijn om tot een toegankelijk aanbod te komen. Het lijkt zinvol om tot een gedeelde invulling te komen van het begrip 'vindplaats'. Hierin is het ook belangrijk om steeds oog te blijven hebben dat de psychologische en orthopedagogische zorg op een kwalitatieve manier geboden kan worden. We denken hierbij bijvoorbeeld aan een gesprekslokaal waar voldoende privacy is.

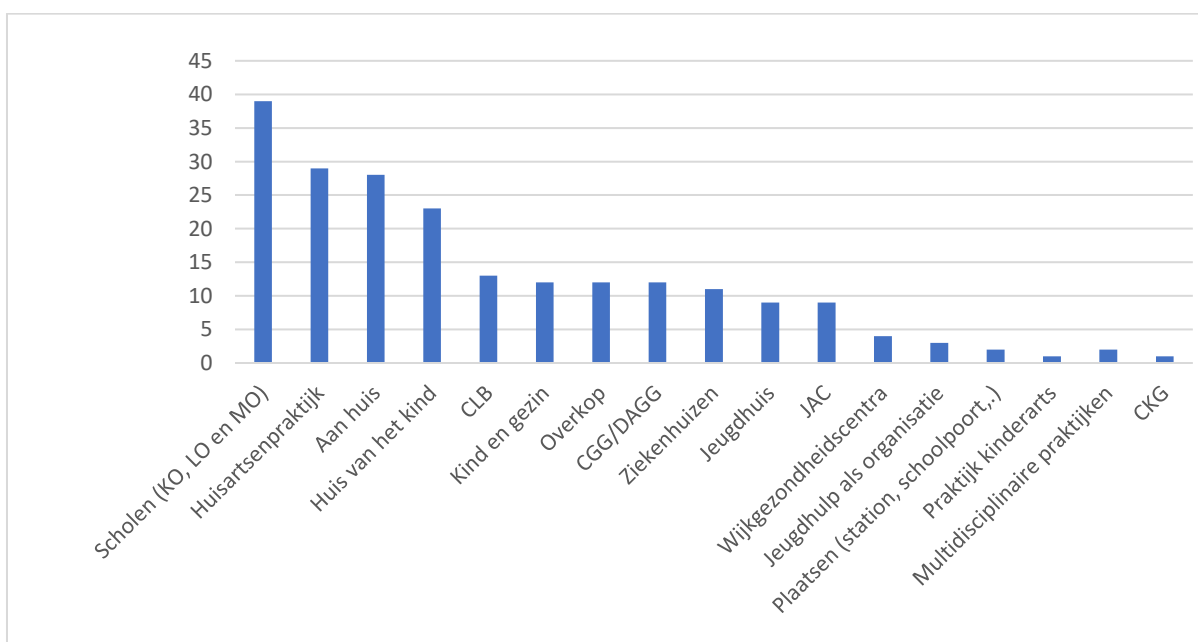
Er worden enkele vindplaatsen aangeduid die geschikt gevonden worden voor alle leeftijdsdoelgroepen. We zien hierin dat de huisartsenpraktijk voor alle doelgroepen een goede vindplaats zou kunnen zijn. Opvallend is dat een centrum voor geestelijke gezondheidszorg een vindplaats zou kunnen zijn. Dit is op zich geen plaats waar mensen zich bewegen in hun dagelijkse leven. Echter zijn centra voor geestelijke gezondheidszorg wel een vertrouwde plek waar er ambulante hulp geboden wordt aan mensen met geestelijke gezondheidsproblemen.



Figuur 13: Vindplaatsen geschikt voor alle doelgroepen

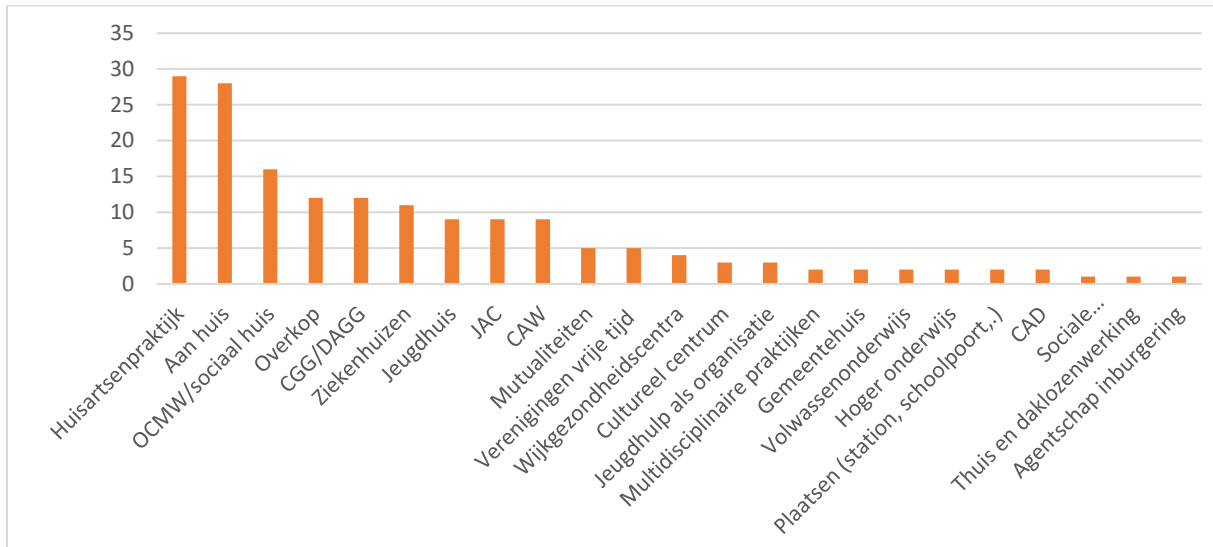
In wat volgt bieden we een overzicht van de vindplaatsen per leeftijdsdoelgroep. Dit biedt de kans om hierover met partners in dialoog te gaan en eventueel meer specifieke keuzes te maken afgestemd op de leeftijdsdoelgroep. Het is belangrijk om hierin steeds rekening te houden met de specifieke regionale situatie.

Kinderen en jongeren



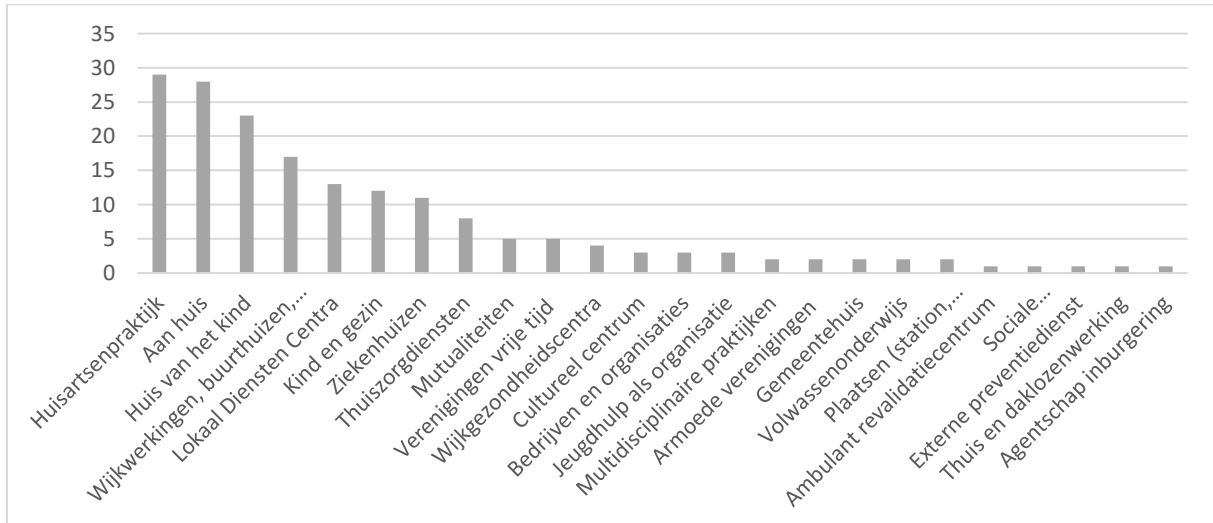
Figuur14: Vindplaatsen voor 'kinderen en jongeren'

Jongvolwassenen



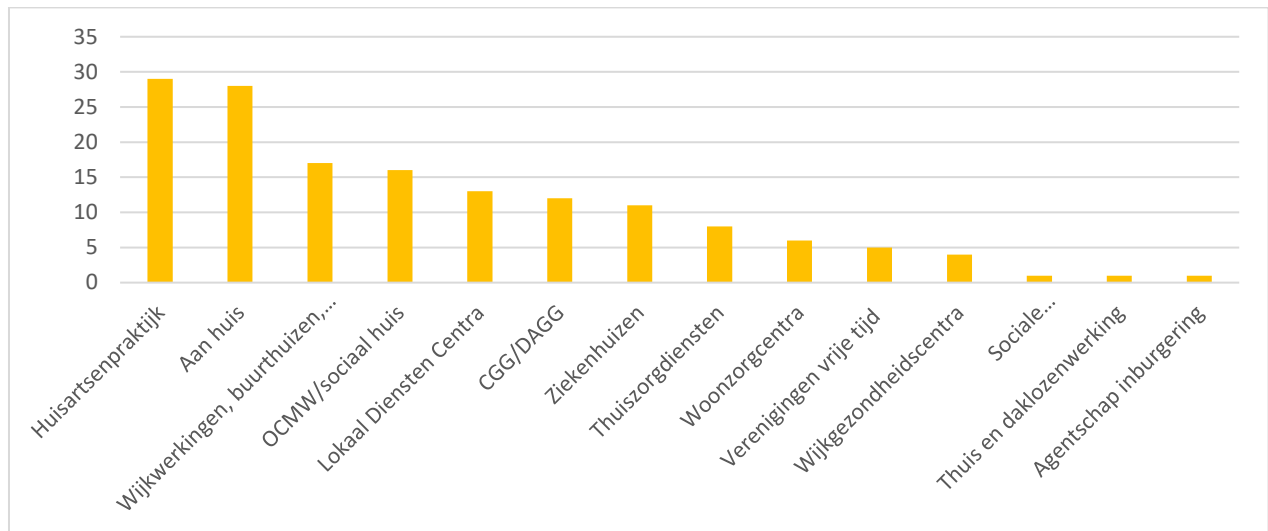
Figuur 15: vindplaatsen voor 'jongvolwassenen'

Volwassenen



Figuur 16: Vindplaatsen voor 'volwassenen'

Ouderen

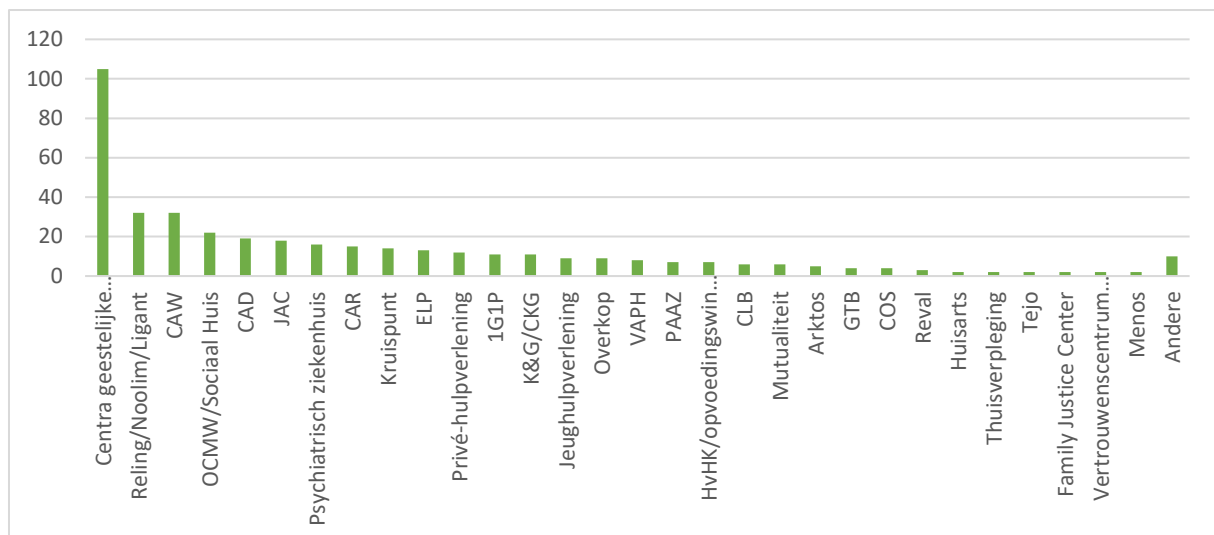


Figuur 17: Vindplaatsen voor 'ouderen'

Bestaande aanbod

In de vragenlijst werd de vraag gesteld welk gesubsidieerd aanbod er in de werkregio voorhanden is dat tegemoetkomt aan omschreven zorgnoden. Indien er geen aanbod voorhanden is in de werkregio werd gevraagd dit te vermelden als geen of te beperkt. De antwoorden op deze vraag werden eveneens in categorieën verdeeld en geturfd. Onderstaande figuur biedt een overzicht over de leeftijdsdoelgroepen heen.

De vermelding 'geen of een beperkt aanbod' werd genoteerd door 85 respondenten. In de omschrijving beschreef men onder andere: de toegang tot eenzelfde dienst is verschillend per regio, goede projecten zijn vaak beperkt in duur, beperkte beschikbaarheid + openingsuren, versnippering, ...



Figuur 18: bestaande aanbod

De categorie andere bevat: telediensten, familiehelp, jeugdcentra, straathoekwerk, zelfhulporganisaties, pleegzorg, woonzorgcentra, buddywerking, Huis van de Mens, activiteitencentrum.

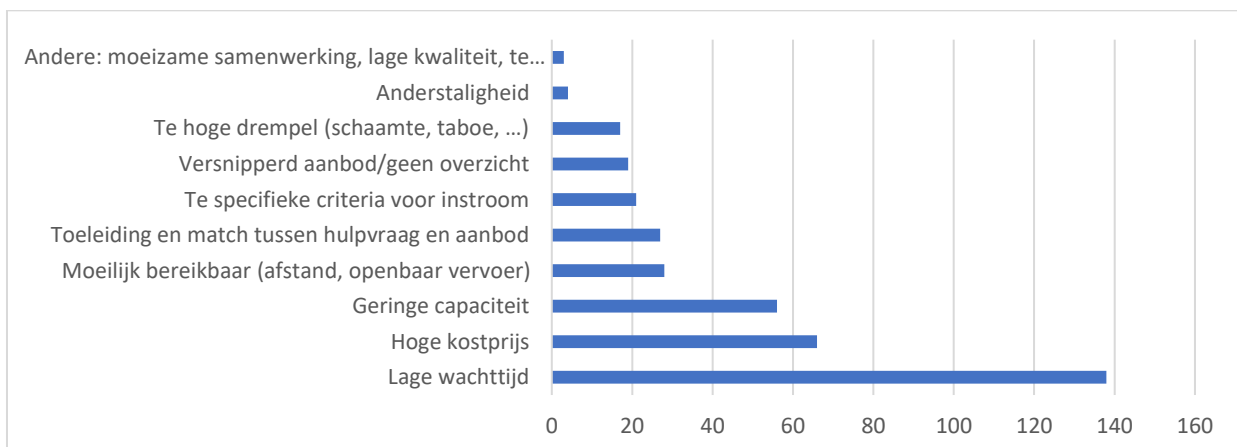
Algemeen werd er regelmatig opgemerkt dat er een duidelijk verschil is tussen een stedelijke omgeving en meer landelijke gebieden. Bepaalde steden, bv. Genk, kennen een uitgebreid aanbod dichtbij de zorgvrager. Het is belangrijk om het bestaande aanbod regionaal meer in detail in kaart te brengen en in overleg met de ELZ overwogen keuzes te maken inzake aanvullend aanbod en regionale spreiding.

In antwoord op deze vraag komen de centra voor geestelijke gezondheidszorg naar voren als de meest gekende/aanwezige partner voor geestelijke gezondheidsklachten. Echter bieden de centra geestelijke gezondheidszorg veelal een multidisciplinair, meer gespecialiseerd aanbod dat zich vooral in de 2^e lijn situeert met focus op matig tot ernstige klachten. In de verdere operationalisering van de psychologische functies in de eerste lijn lijkt het belangrijk dat we zorgvragers en verwijzers vertrouwd maken met het aanbod van de psychologische functies in de eerste lijn voor lichte tot matige klachten. Daarnaast is het interessant om samen met de centra geestelijke gezondheidszorg in dialoog te gaan hoe men partner kan zijn in de lokale, multidisciplinaire samenwerkingsverbanden en welke rol men hierin kan opnemen. Een good practice hierin zijn bijvoorbeeld de Kruispunten voor volwassenen en ouderen.

Het valt op dat er een veelheid aan diensten opgesomd wordt gaande van 0^e lijn tot en met 3^e lijn. Enerzijds is de vraagstelling breed en genereert het daarom wellicht een groot bereik aan antwoorden. Anderzijds illustreert het mogelijks de versnippering in het hulpverleningslandschap voor geestelijke gezondheid en daagt het ons uit om regionaal een goed overzicht te krijgen van het bestaande aanbod. Tegelijkertijd ligt hier ook een opdracht voor de psychologische functies in de eerste lijn om een goede vraagverheldering en indicatiestelling te doen en gericht te verwijzen, zodat we kunnen inzetten op zorgcontinuïteit en zo vermijden dat zorgvragers van het kastje naar de muur gestuurd worden.

Toegankelijkheid

In de vragenlijst werd de vraag gesteld hoe men de toegankelijkheid ervaart van het bestaande aanbod als het gaat om de gesignaleerde zorgnoden. De antwoorden werden gelezen en geturfd in categorieën. Er waren 12 respondenten die rapporteerden tevreden te zijn met de toegankelijkheid van het aanbod. De overige respondenten gaven een beschrijving van de hindernissen die men ervaart op vlak van toegankelijkheid.



Figuur 19: Toegankelijkheid

Het thema 'toegankelijkheid' kwam ook in vorige vragen reeds ter sprake. Het is een thema dat als belangrijk ervaren wordt. In de operationalisering van de psychologische functies is het van belang om maximaal in te zetten op de toegankelijkheid van zorg.

3. Conclusies en aanbevelingen voor implementatie

Zoals hoger beschreven is de online vragenlijst een onderdeel van een bredere nodenanalyse die een constante zal zijn doorheen dit project. Het is belangrijk om te onthouden dat de nodenbevraging een beperkt perspectief biedt en een momentopname is. De lokale coördinatoren zullen steeds in dialoog gaan met de lokale partners aangaande de noden en de afstemming en bijsturing van het aanbod van psychologische functies in de eerste lijn. Het doel van de vragenlijst was het in kaart brengen van zorgnoden, het bestaande aanbod en de toegankelijkheid hiervan en suggesties op vlak van vindplaatsen, groepsaanbod en lokale multidisciplinaire samenwerking.

In het ontwerp van de vragenlijst vonden we het belangrijk dat elke respondent breed en met een open blik de vragenlijst kon invullen. Vanuit dat oogpunt hebben we ervoor gekozen om zo weinig mogelijk vragen te stellen met beperkte antwoordmogelijkheden om een suggestief karakter te vermijden. Hierdoor hebben we vaak gekozen voor brede, open vragen. Het voordeel is dat er hierin een veelheid van informatie vanuit een open blik genoteerd werd. Het nadeel hiervan situeert zich in de verwerking en mogelijke interpretatie van de antwoorden bij het lezen indelen in categorieën. De resultaten van de nodenbevraging zijn een middel, naast prevalentieonderzoek en andere input, om met de partners in de eerstelijnszones verder in dialoog te gaan en keuzes te maken in de operationalisering van de psychologische functies in de eerste lijn.

In het streven naar intersectorale samenwerking en het faciliteren van lokale multidisciplinaire samenwerkingsverbanden stellen we vast dat we met de vragenlijst vooral de sector 'gezondheidszorg' bereiken. Het is van belang om actief andere sectoren te betrekken in toekomstige gesprekken. Hoe kan de zorgraad en werkgroep ggz van de eerstelijnszones hierin een partner zijn? Kunnen bestaande intersectorale samenwerkingsverbanden, zoals bijvoorbeeld 1 Gezin-1 Plan hierin een meerwaarde zijn?

Binnen de sector gezondheidszorg bereiken we veelal medewerkers en beleidsmakers geestelijke gezondheid, maatschappelijk werkers, huisartsen en verpleegkundigen. We missen de input van andere disciplines: kinesisten, logopedisten, voedingsdeskundigen, ... waarvan we hopen dat men een belangrijke rol zal hebben op vlak van vroeg detectie en verwijzing én waarmee we in het groepsaanbod een co-creatie kunnen doen. Het is van belang om hen in toekomstige gesprekken actief te betrekken.

Daarnaast is er slechts een klein bereik bij ervaringsdeskundigen, zowel vanuit cliënt- als familieperspectief. Ervaringsdeskundigen worden omschreven als een belangrijke andere discipline en in het groepsaanbod wordt er sterk verwezen naar ontmoetingsgroepen waarin ervaringsdeskundigen in co-creatie een grote meerwaarde kunnen bieden. In de samenwerking met ervaringsdeskundigen is het een aandachtspunt om te vertrekken van lichte tot matige klachten en niet vanuit een ernstige psychiatrische problematiek.

Het is belangrijk om mee te geven dat we in de lokale multidisciplinaire samenwerking op verschillende 'levels' samenwerken: samenwerking en overleg rond een zorgvrager, vroeg detectie en verwijzing door een partner én co-creatie in het gezamenlijk begeleiden van een groepsaanbod.

Op vlak van zorginhoud krijgen we input waarmee we in dialoog met de eerstelijnszones keuzes kunnen maken. We weerhouden 4 leeftijdsdoelgroepen: kinderen en jongeren, jongvolwassenen, volwassenen en ouderen. We kijken met bijzondere aandacht naar de leeftijdsdoelgroep jongvolwassenen waarin de netwerken voor volwassenen en kinderen en jongeren zullen samenwerken om een geïntegreerd zorgaanbod te kunnen realiseren voor jongvolwassenen.

Vanuit de nodenbevraging stellen we vast dat het aangewezen is om enerzijds een breed generalistisch aanbod te doen (veerkracht, weerbaarheid, emotieregulatie, omgaan met stress, ...). Dit kan zijn plaats hebben in de eerstelijnspsychologische functie. Anderzijds is het goed om een meer gericht aanbod te doen voor bepaalde thema's (verslaving, ontwikkelingsproblemen, eetproblemen, angst, depressie, burn-out, ...), doelgroepen (financieel kwetsbaren, ouders, mantelzorgers, ...) En specifiek aanbod (behandelingsgerichte diagnostiek, MFT, ACT, Dit kan een plaats hebben binnen de eerstelijnspsychologische functie en/of de gespecialiseerde functie.

Naar doelgroepen weerhouden we onder andere financieel kwetsbaren als een belangrijke doelgroep waarin we in de organisatie van zorg samen met de eerstelijnszones inzetten op het toegankelijk (kostprijs, vindplaats, sleutelfiguren) aanbieden van de psychologische functies. Met betrekking tot de doelgroep 'financieel kwetsbaren' kunnen we meegeven dat er door de Federale Overheidsdienst een populatiemanagementtool ter beschikking wordt gesteld waarin sociaaleconomische factoren mee in rekening genomen worden. Deze tool geeft een indicatie van de precariteit tot op niveau van gemeente en geeft een indicatie van de capaciteit van zorg die in die regio aangewezen is. Deze tool houdt echter

geen rekening met het reeds bestaande aanbod. In dat geval blijft het belangrijk om in dialoog te gaan met de partners in de eerstelijnszone en samen keuzes te maken.

Wat betreft zorgorganisatie vertrekken we op het niveau van de eerstelijnszones. Het kan echter wenselijk zijn om een bepaald aanbod te doen over (enkele) eerstelijnszones heen. De geografische grenzen van een eerstelijnszone laten zich mogelijks niet altijd vertalen in een kwalitatieve organisatie van zorg.

In de organisatie van de zorg staat toegankelijkheid bovenaan. In kader van toegankelijkheid zal de zorg georganiseerd worden op vindplaatsen. Geschikte vindplaatsen zullen in overleg met de eerstelijnszones bepaald worden. Het is hierin belangrijk om een goede omschrijving van een vindplaats mee te nemen als startpunt en een onderscheid te maken met sleutelfiguren en bepaalde functies (bv. huisbezoeken, Kruispunt) die in kader van toegankelijkheid eveneens belangrijk zijn. In de context van toegankelijkheid wordt versnippering van het aanbod regelmatig vermeld. Het is van belang om ook in de regionale keuzes van vindplaatsen voldoende aanbod te hebben, maar geen veelheid aan vindplaatsen die versnippering met zich meebrengt.

In de inventarisatie van het bestaande aanbod wordt er een veelheid aan diensten opgesomd gaande van 0^e lijn tot en met 3^e lijn. Enerzijds is de vraagstelling breed en genereert het daarom wellicht een groot bereik aan antwoorden. Anderzijds illustreert het mogelijks de versnippering in het hulpverleningslandschap voor geestelijke gezondheid en daagt het ons uit om regionaal een goed overzicht te krijgen van het bestaande aanbod. Tegelijkertijd ligt hier ook een opdracht voor de psychologische functies in de eerste lijn om een goede vraagverheldering en indicatiestelling te doen en gericht te verwijzen, zodat we kunnen inzetten op zorgcontinuïteit en zo vermijden dat zorgvragers van het kastje naar de muur gestuurd worden.

4. Volgende stappen

In de operationalisering van de psychologische functies in de eerste lijn is het een constante evenwichtsoefening tussen enerzijds zorgaanbod uit te rollen in antwoord op de noden van zorgvragers en anderzijds in dialoog met de partners keuzes te maken inzake dit zorgaanbod en een zo goed mogelijke afstemming op deze noden.

De lokale coördinatoren zullen in dialoog met de eerstelijnszones en partners keuzes maken inzake verdere operationalisering rekening houdend met input vanuit de werkgroep geestelijke gezondheid, de zorgraad, de nodenbevraging, Het spreekt voor zich dat dit een constant proces is waarin we naargelang de omstandigheden kunnen bijsturen waar aangewezen.

Ondertussen wordt er reeds zorgaanbod uitgerold op reeds gekende vindplaatsen en tonen klinisch psychologen en orthopedagogen zich bereid om maximaal in te zetten op toegankelijkheid van zorg en inbedding in de lokale samenwerkingsverbanden. Sommigen van hen werken reeds op een vindplaats (huisartsenpraktijk, CAW, huisartsenpraktijk, ...). Anderen zijn gestart vanuit hun huidige werkplek en zullen op termijn meer actief zijn vanop vindplaatsen en bruggen maken met sleutelfiguren.

De inhoudelijke denktanks blijven ondertussen ook werken rond bepaalde thema's en doen aanbevelingen voor zorginhoud en zorgorganisatie. Deze input wordt onder andere door de lokale coördinatoren meegenomen naar de regionale partners.

Tot slot zou een meerwaarde zijn als er over de netwerken en provincies heen ondersteuning geboden kan worden door de Federale Overheid inzake het blijvend in kaart brengen van noden, bijvoorbeeld door het ter beschikking stellen van bepaalde instrumenten of vragenlijsten.

Bijlage

1. Ruimer kader nodenonderzoek mentaal welzijn Limburg
2. Vragenlijst

RUIMER KADER
BEHOEFTEONDERZOEK: MENTAAL WELZIJN LIMBURG

Opgemaakt door: Alien Hoorelbeke & Ine Louwies

Inhoudsopgave

1. ONDERZOEKSOPZET	30
1.1. Wetenschappelijke stand van zaken: het meten van zorgbehoeften	30
1.2. Onderzoeksvragen	31
1.3. Onderzoeksdesign	31
1.3.1. Literatuurstudie (meta-analyse)	32
1.3.2. Focusgroepen met burgers en professionals (heterogeen samengestelde groep) binnen specifieke regio's (rondetafelgesprekken)	32
1.3.3. Survey onderzoek	34
1.3.4. Sociale kaart onderzoek	34
2. Referenties	36

1. ONDERZOEKSOPZET

1.1. Wetenschappelijke stand van zaken: het meten van zorgbehoeften

Volgens Slade et al. (2011) zijn er globaal drie vormen van databronnen om zorgbehoeften in kaart te brengen. Verder worden ook de voor- en nadelen hiervan opgesomd:

1. Het in kaart brengen van het huidige gebruik van de GGZ-dienstverlening: deze bron van data geeft slechts een indicatie van de actuele zorggebruiker.
 - + Data beschikbaar op landelijk niveau
 - Werkelijke behoeften wordt minder in kaart gebracht, eerder worden fysiek en sociaal nabijgelegen vormen van zorgaanbod geclusterd.

2. Surveys die peilen naar de prevalentie van psychische problematieken. Dit a.d.h.v. wetenschappelijk gevalideerde instrumenten.
 - Prevalentie van relatief weinig voorkomende psychische aandoeningen (bv. schizofrenie) kunnen moeilijk worden ingeschat
 - Aandoeningen die gelinkt worden aan een minder sociaal aanvaardbare levensstijl (bv. druggebruik) worden minder snel aangekaart binnen een Survey
 - Minderheidsgroepen zijn ondervertegenwoordigd in deze soort onderzoeken

3. Opvattingen van lokale stakeholders in kaart brengen: om de lokale zorgnoden in te schatten worden opvattingen, verhalen en meningen van burgers, zorggebruikers, mantelzorgers, GGZ-voorzieningen en andere welzijns- en gezondheidsdiensten op een gestructureerde wijze in kaart gebracht.

Thornicroft (2009) benadrukt ook dat lokale/regionale epidemiologische data over psychiatrische morbiditeit en problematieken volgens leeftijd, geslacht, afkomst, sociale status en verstedelijkingsgraad beschikbaar moeten zijn om tot een optimale inschatting te komen van de behoefte aan geestelijke gezondheidszorg.

1.2. Onderzoeksvragen

- Welke psychologische en/of orthopedagogische (zorg)noden voor (jonge) kinderen, jongeren, volwassenen en/of ouderen worden er gesignaleerd door netwerkpartners/ burgers binnen een specifieke regio? **(NODEN)**
- Welke psychologisch en/of orthopedagogisch aanbod is vertegenwoordigd binnen een bepaalde regio hetgeen aansluit bij deze noden? Hoe toegankelijk is dit aanbod van zorg? (Dit kan bijvoorbeeld gaan over vindplaats, wachttijd, te gering aanbod, kostprijs) **(AANBOD)**
- Welke ideeën leven er bij netwerkpartners en burgers om antwoorden te bieden op de lokale psychologisch en orthopedagogisch (zorg)noden? Zowel op vlak van vindplaatsen, co-creaties, innovatie in aanbod (miv preventie, vroeg detectie en zorg) zowel op individueel als groepsniveau. **(INNOVATIE)**

1.3. Onderzoeksdesign

In dit nodenonderzoek is het belangrijk om het principe van '**methodische triangulatie**' in rekening te brengen. Dit om de validiteit van de onderzoeksresultaten te waarborgen. Triangulatie, het hanteren van meerdere onderzoeksmethoden, verhoogt immers de geldigheid van de onderzoeksresultaten (Verhoeven, 2018). Om inzicht te krijgen in de psychologische en orthopedagogische (zorg)behoeften van de netwerkpartners binnen een bepaalde regio worden Survey vragenlijsten uitgezonden dewelke betrokken zijn op het domein GG voor (jonge) kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen. Parallel kan er ook een aangepaste survey vragenlijst uitgestuurd naar de Limburgse burgers, zodat ook hun stemmen kunnen weerklinken. (*≠ professional*)

Verder is er een mogelijkheid om gemeentelijke focusgroepen te organiseren met een diversiteit aan deelnemers, die zich focussen op de regionale/lokale/gemeentelijke behoeften aan preventie en psychologische en orthopedagogische zorg overheen leeftijdscategorieën. In deze focusgroepen worden lokale zorgnoden op een gestructureerde manier in kaart gebracht aan de hand van de opvattingen, verhalen en meningen van burgers, zorggebruikers, mantelzorgers, GGZ-voorzieningen en andere welzijns- en gezondheidsdiensten.

De resultaten worden afgetoetst aan een literatuuronderzoek (meta-analyse) waarin verschillende lokale/regionale epidemiologische data over psychiatrische morbiditeit en problematieken volgens leeftijd, geslacht, afkomst, sociale status en verstedelijingsgraad vervat zitten. De verworven data wordt alsook afgetoetst aan de reeds bestaande dienstverlening binnen het domein geestelijke gezondheid a.d.h.v. een in kaart gebrachte lokale sociale kaart. Het doel hiervan is nagaan of de aangegeven behoeften overeenstemmen met reeds beschikbare epidemiologische data. Hoe interpreteren we aangegeven behoeften die afwijken van epidemiologische data? Hoe interpreteren we info die overeenstemt?

1.3.1. Literatuurstudie (meta-analyse)

- Lokale/ epidemiologische data over psychiatrische morbiditeit en problematieken volgens leeftijd, geslacht, afkomst, sociale status en verstedelijking. (Bruffaert?) Zijn er hier nog andere vergelijkende bronnen om een meta-analyse van te maken? (Onderzoekresultaten samenvoegen om een preciezer beeld te krijgen?)
- Mogelijke literatuur:
 - <https://steunpuntwvg.be/images/rapporten-en-werknotas/behoefte-aan-ggz>
 - https://www.zorgneticuro.be/sites/default/files/Zorgnet%20lcuro%20-%20Public%20mental%20health%20-%20brochure_web-Spreads.pdf
 - <https://www.upckuleuven.be/nl/nieuws/om-de-ggz-te-hervormen-zijn-data-nodig-veel-data>

1.3.2. Focusgroepen met burgers en professionals (heterogeen samengestelde groep) binnen specifieke regio's (rondetafelgesprekken)

- a. **Populatie:** netwerkpartners en burgers die betrokken zijn op het domein geestelijke gezondheid van (jonge) kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen. (Professionals).
- b. **Steekproef:** per gemeente x sleutelfiguren zoeken die willen deelnemen aan een focusgroep. Vertegenwoordiging van professionals en burgers. Leeftijden Overkoepelend. Dit telkens afgebakend per gemeente.

- i. Heterogeniteit
 - 1. Sociale status
 - 2. Afkomst
 - 3. Geslacht
 - 4. Leeftijd
- c. **Strategie focusgroep:** taarten? cft. Burgeronderzoek onderwijsnoden (Onderzoek KULEUVEN 2016) Was een mooie methode om ook psychologische en orthopedagogische (zorg)noden ook in kaart te kunnen brengen.
- d. **Doel:** Opvattingen van lokale stakeholders in kaart brengen: om de lokale zorgnoden in te schatten worden opvattingen, verhalen en meningen van burgers, zorggebruikers, mantelzorgers, GGZ-voorzieningen en andere welzijns- en gezondheidsdiensten op een gestructureerde wijze in kaart gebracht.
- e. Wie gaat dit doen? Lokale coördinator? Hoe samenwerken met ELZ?
- f. Hoe en wie gaan deze interviews verwerken?

1.3.3. Survey onderzoek

a. Waarom? Om enerzijds tegemoet te komen aan een *public mental health visie* die binnen de conventie als leidraad fungeert en waarin er veel waarde wordt gehecht aan het afstemmen van de psychische en orthopedagogische preventie en hulpverlening op de noden binnen een regio (Zorgnet Icuro, 2021). Anderzijds om tijdens de verdeling van het contingent hiermee zo goed als het kan rekening te houden. Enerzijds om laagdrempelige vindplaatsen te creëren afgestemd op de noden en/of te investeren in een bestaand aanbod dat tegemoetkomt aan de noden in een bepaalde regio. Dit uiteraard steeds in rekening gebracht met de prioritaire doelgroepen die door de overheid vooropgesteld zijn.

g. Populatie: netwerkpartners die betrokken zijn op het domein geestelijke gezondheid van (jonge) kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen. (= professionals)

h. Steekproefmethode: verspreiden via sociale media, mail, LinkedIn

i. Hoe nemen de we ELZ mee? Hoe creëren we hier een co-creatie?

i. Inclusie & exclusiecriteria van participanten selecteren?

i. We kiezen ervoor om eerst de netwerkpartners te bevragen

j. Validiteit: per gemeente voldoende participanten ikv validiteit van onderzoek. Hoeveel? Hoe berekenen we dit statistisch?

Bijkomende vragen:

- Hoe kunnen we een zo groot mogelijke responspercentage bereiken? (Eventueel belonen van participanten a.d.h.v. grote pot en 3 kandidaten winnen iets?)
- Hoeveel participanten heb je nodig om een representatieve steekproef te krijgen?
- Per regio / gemeente x aantal respondenten nodig om

1.3.4. Sociale kaart onderzoek

k. Via netwerkpartners gemeentelijke sociale kaarten opvragen?

Beschikt er iemand over een overzichtelijke sociale kaart van Limburg?

Bv. Vragen bij professionals per gemeente of zij voor zichzelf een sociale kaart hebben gemaakt? Deze per gemeente clusteren?

- I. **Doel:** Aangekaarte behoeften afoetsen aan het bestaande aanbod in een en nagaan of er gemis is aan dit aanbod (miv beperkingen in toegankelijkheid) binnen een regio.

<p>Literatuuronderzoek:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lokale / epidemiologische data over psychiatrische morbiditeit en problematieken volgens leeftijd, geslacht, afkomst, sociale status en verstedelijking 	<p>Focusgroepen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Opvattingen van lokale stakeholders in kaart brengen: om de lokale zorgnoden in te schatten worden opvattingen, verhalen en meningen van burgers, zorggebruikers, mantelzorgers, GGZ-voorzieningen en andere welzijns- en gezondheidsdiensten op een gestructureerde wijze in kaart gebracht.
<p>Survey</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actoren uit het veld (eerstelijns, netwerkpartners) aangeven wat goed loopt en signaleren waar pijnpunten liggen (Bruffaerts, 2020). - Prevalentie psychische en orthopedagogische (zorg)noden in kaart brengen 	<p>Sociale kaart onderzoek: in kaart brengen van gemeentelijke sociale kaart</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nagaan welk aanbod lokaal voor handen is en nagaan of deze tegemoet komt aan gezondheidsdoelstellingen, primaire doelgroepen en de zorgnoden binnen een bepaalde regio ook op vlak van toegankelijkheid van zorg.

2. Referenties

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

Verhoeven, N. (2018). *Wat is onderzoek?* Praktijkboek voor methoden en technieken. Uitgeverij boom: Antwerpen.

Vanclooster S., Vanderheagen, J. & Bruffaerts R., (2014). Inschatting van de behoeften aan geestelijke gezondheid. Op 27 november 2021 Via <https://steunpuntwvg.be/images/rapporten-en-werknotas/behoefte-aan-ggz>

Zorgnet Icuro, (2021). Investeer doordacht in meer en betere geestelijke gezondheidszorg op 28 november 2021 via <https://www.zorgneticuro.be/nieuws/investeer-doordacht-meer-en-betere-geestelijke-gezondheidszorg>

Bijlage 2: Vragenlijst

Inleiding

De Limburgse netwerken geestelijke gezondheid (Reling, Noolim & Ligant) willen samen met de eerstelijnszones in Limburg op diverse manieren de psychologische en orthopedagogische (zorg)noden in uw regio in kaart brengen, in functie van de nieuwe RIZIV- conventie voor terugbetaling van psychologische functies in de eerste lijn.

In deze uitbreiding van het zorgaanbod staat de 'Public Mental Health' visie centraal. Hierin wordt er veel waarde gehecht aan het afstemmen van psychologische en orthopedagogische preventie en hulpverlening op de noden in een bepaalde regio. Belangrijk om in het achterhoofd te houden, tijdens het invullen van deze vragenlijst, zijn de prioritaire doelgroepen die de Federale Overheidsdienst heeft vooropgesteld. Voor deze doelgroepen ligt de focus op milde tot matige klachten waarvoor een klinisch psycholoog /orthopedagoog een individueel of een groepsaanbod kan organiseren.

Concreet willen we met deze vragenlijst in kaart brengen over welke doelgroepen in uw regio u zich zorgen maakt en waarover maakt u zich dan zorgen? Verder krijgt u ook de kans om het, gesubsidieerde, preventief en hulpverlenend aanbod aangaande de door u gedetecteerde zorgnoden in uw regio mee te delen. We willen hiermee nagaan of de (zorg)nood ingelost kan worden, met andere woorden, vindt de doelgroep toegankelijk en voldoende hulp in uw werkregio? Als laatste kan u ook (innovatieve) ideeën inleveren om tegemoet te komen aan bepaalde (zorg)noden in uw regio.

We willen met deze vragenlijst zoveel mogelijk partners meenemen in deze denkoefening. Wij hebben uw input nodig om inzicht te krijgen in lokale noden en sterktes. U kan deze signaleren door het invullen van dit formulier tot 15.02.2022. Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 15 minuten.

Met eventuele vragen of bedenkingen kan u steeds terecht bij Ine Louwies (ine.louwies@ligant.be) en Caroline Praet (caroline.praet@zorggroepzin.be), de provinciale projectmedewerkers psychologische functies in de eerste lijn.

Wij danken u van harte voor uw input!

Sectie 1: Professionele informatie

1. In welke eerstelijnszone(s) werkt u?

Eerstelijnszone Haspengouw

Eerstelijnszone Herkenrode

Eerstelijnszone Kemp en Duin

Eerstelijnszone Maasland

Eerstelijnszone MidWestLim

Eerstelijnszone Noord-Limburg

Eerstelijnszone West-Limburg

Eerstelijnszone ZOLim

Andere

2. In welke gemeente(s) werkt u?

Bilzen

Hoeselt

Tongeren

Riemst

Voeren

Herstappe

Borgloon

Gingelom

Heers

Kortesseem

Nieuwerkerken

Sint-Truiden

Wellen

Alken

Diepenbeek

Hasselt
Herk-de-Stad
Zonhoven
Lommel
Pelt
Hamont-Achel
Peer
Hechtel-Eksel
Bocholt
Ham
Tessenderlo
Beringen
Leopoldsburg
Genk
As
Zutendaal
Oudsbergen
Bree
Kinrooi
Maasmechelen
Dilsen-Stokkem
Maaseik
Lanaken
Halen
Heusden-Zolder
Houthalen - Helchteren
Lummen

3. In welke wijk(en) werkt u in deze gemeente? (Indien van toepassing):

4. Hoe zou u uw beroep concreet omschrijven? Bijvoorbeeld huisarts, beleidsmedewerker, ervaringsdeskundige, leerkracht, zorgkundige, ...

5. In welke sector oefent u uw beroep uit?

Gezondheidszorg

Welzijnszorg

Onderwijs

Onderzoek

Openbaar bestuur

6. In welke organisatie oefent u dit beroep uit?

7. Met welke leeftijdsdoelgroep(en) werkt u vooral?

U kan meerdere opties selecteren

Perinataal: -9 maanden tot 0 jaar

Jonge kinderen: 0 tot 5 jaar

Lager school: 6 tot 12 jaar

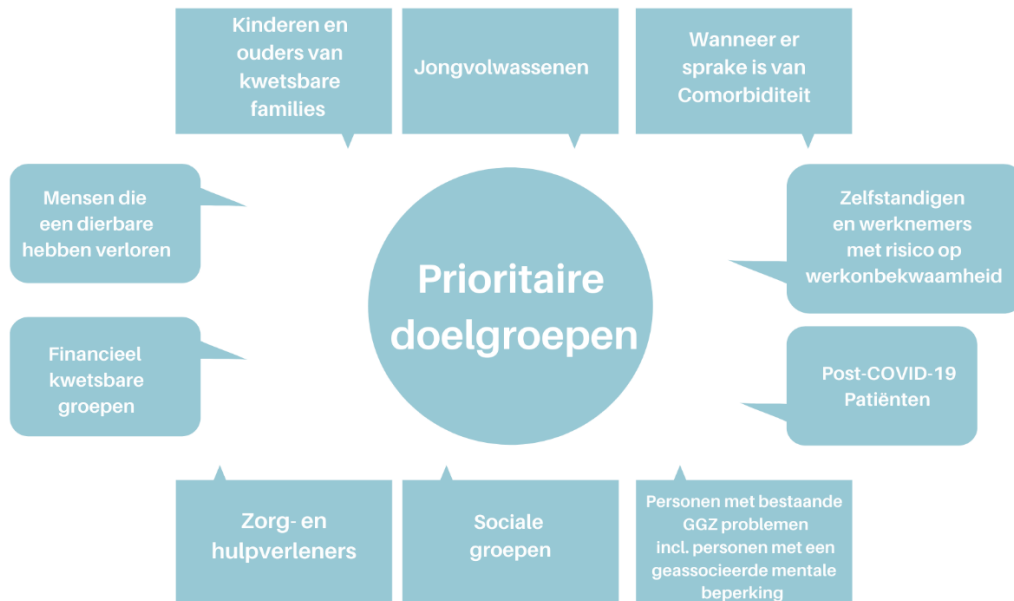
Middelbare school: 12 tot 17 jaar

Jongvolwassenen: 18 tot 25 jaar

Volwassenen: 26 tot 65 jaar

Ouderen: +65 jaar

Sectie 2: psychologische en orthopedagogische noden in de regio



Belangrijk om in het achterhoofd te houden, tijdens het invullen van deze vragenlijst, zijn de prioritaire doelgroepen die de Federale Overheidsdienst heeft vooropgesteld. Voor deze doelgroepen ligt de focus op milde tot matige klachten waarvoor een klinisch psycholoog of orthopedagoog een individueel- of groepsaanbod kan organiseren. Noden over bijvoorbeeld ernstige psychiatrische problemen passen helaas niet in de uitbreiding van de psychologische functies in de eerste lijn.

Bijvoorbeeld:

- Er is nood aan hulpverlening in onze buurt die zich richt op kwetsbare gezinnen met jonge kinderen (0-5 jaar)
- Er is nood aan zorg binnen onze regio voor kinderen en jongeren met complexe problematieken
- Er is te weinig zorg binnen onze regio voor ouderen met psychische moeilijkheden

8. Voor welke leeftijdsdoelgroep wilt u een nood signaleren? U krijgt doorheen de vragenlijst de kans om voor meerdere doelgroepen een nood te signaleren.

Kinderen & jongeren

Jongvolwassenen

Volwassenen

Ouderen

9. Wanneer u denkt over de psychologische en orthopedagogische zorgnoden voor deze doelgroep in uw regio, passen deze dan binnen 1 of meerdere van onderstaande thema's?

Emotionele moeilijkheden: piekeren, snel huilen, sombere stemming, prikkelbaar, snel overstuur, zich afzonderen...

Afhankelijkheidsproblemen: overmatig middelengebruik (alcohol, drugs en medicatie), gamen...

Gedragsmoeilijkheden: woedebuien, agressie, druk gedrag, controleverlies, ...

Angstproblemen: faalangst, verlatingsangst, moeite om dingen alleen te doen, bang om naar school/werk te gaan, bang voor sociale situaties...

Sociale problemen: pesten, weerbaarheid, moeilijk contacten kunnen leggen, regelmatig betrokken in ruzies, weinig inlevingsvermogen, laag zelfbeeld, weinig zelfvertrouwen, ...

Familiale moeilijkheden: partnerrelatieproblemen, bezorgdheden binnen gezinsrelaties, ...

Verwerkingsproblemen: echtscheiding, trauma, rouw, verlies, ziekte, ...

Psychosomatische problemen: lichamelijke klachten die medisch niet of moeilijk verklaard kunnen worden bv. spanningshoofdpijn, buikpijn om naar school te gaan, ...

Eetproblemen: zorgen rond eten gewicht bv. plots meer of minder eten, gewichtsveranderingen, ...

Leermoeilijkheden: bezorgdheden over bv. concentratie, motivatie, geheugen, ...

Ontwikkelingsmoeilijkheden: zorgen rond sociaal-emotionele ontwikkeling bv. ADHD, autisme, ...

Maatschappelijke kwetsbaarheden: o.a. problemen inzake beschikbaarheid, betaalbaarheid, bereikbaarheid, bruikbaarheid...

Andere

10. Kan u bovenstaande gesignaleerde zorgnoden concreet omschrijven?

11. Hoe heeft u deze zorgnoden gedetecteerd? Heeft u concrete voorbeelden die deze nood kunnen staven?

12. Zijn er nog bezorgdheden/toevoegingen die u kwijt wilt over de zorgnoden die u opmerkt in uw werkregio?

Sectie 3: Huidig gesubsidieerd aanbod in de regio

Met het huidige beschikbare gesubsidieerde aanbod willen we de aan- of afwezigheid en de toegankelijkheid van het beschikbare aanbod in kaart brengen.

Bijvoorbeeld:

- *Er is een zorgcampus bij ons in de buurt waarin veel hulpverlenende instanties gehuisvest zijn (bv. CGG, CAR,...)*
- *Er is een centra voor ontwikkelingsproblemen- Er is een bestaande aanbod in mijn werkregio voor mensen met een afhankelijkheidsproblematiek*

13. Welk gesubsidieerd aanbod is er in uw werkregio voorhanden dat tegemoetkomt aan de door u omschreven zorgnoden? Indien er geen aanbod voorhanden is, gelieve dan geen of te beperkt te vermelden.

14. Hoe ervaart u de toegankelijkheid van het aanbod als het gaat over de door u gesignaleerde zorgnoden? Dit kan bijvoorbeeld gaan over vindplaats, wachttijd, te gering aanbod, kostprijs etc.

Sectie 4: Innovatie

Welke ideeën heeft u om de door u gesignaleerde psychologische en/of orthopedagogische zorgnoden te beantwoorden?

Bijvoorbeeld:

- *Het inzetten van klinisch psychologen of orthopedagogen binnen een centrum voor Kind & Gezin waar jonge kinderen, moeders, vaders en gezinnen terecht kunnen*
- *Het inzetten van klinisch psychologen of orthopedagogen die outreachend werken en aan huis gaan bij ouderen met een psychische kwetsbaarheid.*
- *Vindplaatsen creëren in middelbare scholen waar jongeren terecht kunnen en geholpen kunnen worden.*

15. Welke vindplaatsen in uw regio, gemeente of wijk komen in aanmerking om tegemoet te komen aan de door u opgegeven zorgnoden?

Bijvoorbeeld ouderen: via thuisverplegingsdiensten, outreachende initiatieven waar eerstelijnspsychologen aan huis gaan bij ouderen met een psychische kwetsbaarheid.

16. Heeft u ideeën over de invulling van een individueel aanbod als het gaat over de door u gedetecteerde zorgnoden?

Bijvoorbeeld het inschakelen van een klinisch psycholoog/orthopedagoog voor mensen die dierbaren zijn verloren aan covid-19.

17. Heeft u ideeën over de organisatie van dit individueel aanbod? Wordt dit best op niveau van de wijk, een gemeente, een eerstelijnszone of provinciaal georganiseerd?

18. Heeft u ideeën voor het uitwerken van een groepsaanbod als het gaat over de door u gedetecteerde zorgnoden?

Bijvoorbeeld een groepsaanbod voor jongeren met depressieve klachten waarin ervaringswerkers en klinisch psychologen en orthopedagogen samen herstelsessies geven aangaande het thema depressie en herstel.

19. Heeft u ideeën over de organisatie van dit groepsaanbod? Wordt dit best op niveau van de wijk, een gemeente, een eerstelijnszone of provinciaal georganiseerd?

20. Welke disciplines ziet u samenwerken als u denkt aan een aanbod voor de door u gedetecteerde zorgnoden?

Bijvoorbeeld voor jongeren met een eetprobleem: samenwerking tussen diëtiste, ervaringsdeskundige, psycholoog, kinderpsychiater en huisarts.

21. Hoe zou u vanuit uw discipline een bijdrage kunnen leveren? Met wie zou u kunnen samenwerken en waarover?

Optie om noden te signaleren voor een andere doelgroep (herstart vragenlijst vanaf psychologische en orthopedagogische noden) of om af te sluiten en formulier te verzenden

Afronding