

Veelgestelde vragen '1 Gezin, 1 Plan'

FINANCIEEL

Wordt na de projectfase de subsidiëring van 1G1P overgeheveld naar de respectieve sectoren?

Indien we 1G1P op een efficiënte en eenduidige manier een structurele plaats willen geven in een passend en afgestemd kader, gebeurt dit best vanuit 1 regelgeving. Rekening houdend met de kerntaken van het agentschap Opgroeien is het een logische keuze om de erkenning en de subsidiëring van de teamwerking van 1G1P vanuit Opgroeien te organiseren. Uiteraard komen organisaties die momenteel nog niet door Opgroeien erkend of vergund zijn hiervoor in aanmerking. De verschillende stakeholders zullen van nabij bij dit traject betrokken blijven.

Wijzigt deze nieuwe rondzendbrief iets aan de voorwaarden van de huidige overeenkomsten?

De overeenkomsten blijven in principe lopen tot eind 2021, aan de voorwaarden zoals opgenomen in die overeenkomsten. Mogelijke uitbreidingen in/van bestaande 1G1P-initiatieven zullen wel via de nieuwe voorwaarden afgehandeld worden. Mocht blijken dat een bestaand samenwerkingsverband dermate geïmpacteerd wordt door de oproep van 16 juni 2020 en de keuzen die in navolging ervan gemaakt worden (werkgebied, budget(taire verdeling), partners, ...) kunnen de lopende overeenkomsten in onderling overleg voortijdig beëindigd worden om vanaf 1/1/21 volledig volgens de nieuwe voorwaarden afgehandeld te worden.

Wat gebeurt er met niet-ingezette middelen op het einde van de projectperiode?

Aangezien het om een projectovereenkomst gaat moeten niet-ingezette middelen op het einde van de projectovereenkomst teruggestort worden aan de subsidiërende overheid. Concreet betekent dat middelen die op 31/12/2021 niet ingezet zijn, terugvloeien naar de overheid. Op ten laatste 31 maart 2022 wordt er een eindafrekening verwacht van elke kernpartner. Meer informatie hierover wordt nog bezorgd.

ORGANISATORISCH

Welke diensten worden bedoeld met de basisvoorzieningen?

We hanteren de term basisvoorzieningen omdat we met 1G1P een sterke link wil maken met alle laagdrempelige initiatieven die in contact komen met kinderen, jongeren en gezinnen. Met basisvoorzieningen bedoelen we uiteraard de actoren uit de brede instap (de centra voor leerlingenbegeleiding, de centra voor algemeen welzijnswerk, de lokaalteams van Kind en Gezin), maar ook onder meer Huizen van het Kind, de kinderopvanginitiatieven, jeugdwerk, straathoekwerk, lokale besturen, huisartsen, ...

Komen er FID-parameters voor de module begeleiding 1G1P?

We leggen geen frequentie, intensiteit en duur vast voor de module begeleiding 1G1P. We verwachten dat het aanbod flexibel, innovatief en vraaggericht ingezet wordt om de verwachte opdrachten uit te voeren.

Is het de bedoeling dat elk aanbod positieve heroriëntering verankerd wordt in de 1G1P teams?

Inhoudelijk en omwille van transparantie voor de cliënt en aanmelders zien we het PH-aanbod een logische plek vinden in de 1G1P-teams. Of dit betekent dat elk PH-aanbod in de teamwerking 1G1P

verankerd moet worden, laten we over aan de argumentatie van het private initiatief. We bekijken of de kerngroep PH hiervoor een gesprekspartner kan zijn.

Wat is de rol van een de DOP in 1G1P?

De DOP beschikken vanuit hun huidige opdrachten over expertises die in een teamwerking 1G1P onmiskenbaar een meerwaarde kunnen betekenen: kracht- en oplossingsgericht werken, netwerkontwikkeling, werken met (gezins)plannen, ... We zien een duidelijke meerwaarde vanuit inhoudelijke complementariteit in bestaande initiatieven waar de DOP een actieve rol spelen; daarom lijkt het ons inhoudelijke en logische keuze om de DOP via uitbreiding van modules begeleiding 1G1P een plek te geven.

Hoe verhoudt het team 1G1P zich tot het ruimere samenwerkingsverband?

De principes en doelstellingen van '1 gezin, 1 plan' kunnen maar gerealiseerd worden wanneer alle actoren functioneel en structureel samenwerken. Naast de keuze voor een teamwerking, blijven we daarom onverminderd het belang van het samenwerkingsverband benadrukken, dat de basisvoorzieningen (brede instap, regioteams van Kind en Gezin, jeugdwerk, ...), het team '1 gezin, 1 plan' en de RTJ-aanbieders in een werkgebied samenbrengt en verenigt. We verwachten dat er overal geïnvesteerd wordt in de uitbouw van zo'n samenwerkingsverband dat noodzakelijk is wanneer we de principes van naadloosheid en continuïteit in een duurzaam en transparant kader en vanuit een afgestemde visie in de volledige laagdrempelige RTJ-hulpverlening waar willen maken. Dit betekent dat er duidelijke afspraken gemaakt moeten worden tussen alle betrokken partners. We verwachten dat de vermelde coördinatiefunctie in de rondzendbrief hier een trekkende rol in opneemt.

Hoe verhouden het team 1G1P en ACT zich ten opzichte elkaar?

De regionale teams van de afdeling Continuïteit en Toegang –in het bijzonder de teams continuïteit- zijn een belangrijke partner waarmee afgestemd moet worden. Zo zal bijvoorbeeld voor cliëntoverleg en bemiddeling een Vlaams kader ter beschikking gesteld worden met handvatten voor een transparante inzet van deze instrumenten door hetzij ACT, hetzij 1G1P.

Wat is de verhouding tussen 1G1P en het handicapspecifieke aanbod?

De principes waarop de samenwerkingsverbanden 1G1P geënt zijn, zijn ook voor het RTH-aanbod van het VAPH belangrijke pijlers. Een cliënt- en krachtgerichte aanpak die de regie bij de gezinnen houdt zijn ook voor het VAPH belangrijke factoren. Daarnaast is gepast omgaan met verontrusting en het werken vanuit een gedeelde verantwoordelijkheid en samenwerking bij moeilijkere of niet zo eenduidige trajecten eveneens bij minderjarigen met een handicap belangrijk.

Binnen de ontwikkelingen van 1G1P mag niet vergeten worden dat de vragen die gesteld worden aan de aanbieders van rechtstreeks toegankelijke hulpverlening van het VAPH in veel situaties vragen zijn naar eenduidige handicapspecifieke kennis en expertise, zonder bijkomende generalistische vragen of bezorgdheden.

De 1G1P teams hebben de opdracht om breed generalistisch en holistisch te kijken. Bij de samenstelling van deze teams wordt verwacht dat verschillende expertises aanwezig zijn. De aanwezigheid van VAPH expertise in zo een generalistisch werkend team heeft zeker meerwaarde. De aanwezigheid van verschillende expertises in dit team maakt ook dat gemakkelijker de verbinding gelegd kan worden met gespecialiseerde doelgroepspecifieke hulpverlening.

Dit wil zeggen dat naast het aanbod van het 1G1P team en de samenwerking in het samenwerkingsverband, het uitbreiden en ontwikkelen van het handicapspecifieke aanbod belangrijk blijft.

Het ene sluit dus het andere niet uit, maar vult elkaar aan en maakt mogelijk dat men zich kan toespitsen op zijn eigen expertise Bovenstaande maakt dat in een samenwerkingsverband een grote diversiteit aan soorten rollen en engagementen enerzijds en aan kennis en expertise anderzijds bestaat.

Wie zijn de cruciale en wenselijke actoren?

De brede instap, voorzieningen die rechtstreeks toegankelijke hulp aanbieden (dus alle rechtstreeks toegankelijke hulpmodes van voorzieningen Jongerenwelzijn, CKG, diensten voor pleegzorg, VAPH, CGG, CAW -niet de brede instap module), gemandateerde voorzieningen, sociale diensten jeugdrechtbank, regioverpleegkundigen, huizen van het kind, actoren geïntegreerd breed onthaal en lokale besturen (OCMW, speelpleinwerking, sport en vrije tijd, kinderopvang, ...).

Doel is een samenwerking tussen 1) alle actoren die in de eerste lijn hulpvragen van gezinnen, kinderen en jongeren oppikken (de brede instap, huisartsen, OCMW, ...) en 2) het probleemgebonden rechtstreeks toegankelijk jeugdhulpaanbod. Ook de gemandateerde voorzieningen (OCJ, VK en sociale dienst gerechtelijke jeugdhulp) moeten gemakkelijk van dat nieuwe aanbod gebruik kunnen maken.

Wat is de rol van de cliëntvertegenwoordigers in de samenwerkingsverbanden?

We raden aan de cliëntvertegenwoordigers zeker te betrekken in de totstandkoming van de samenwerkingsverbanden. Ook in het IROJ hebben de cliëntvertegenwoordigers een stem.

Met welke technische aspecten qua beheersbaarheid van gegevens dient men rekening te houden?

De overheid onderzoekt op welke manier dit optimaal georganiseerd wordt. Vanuit een grondige behoefteanalyse willen we de juiste keuze maken die ook op gedragenheid vanuit het werkveld kan rekenen.

WERKINGSGBIED

Wat is de impact van de 17 referentieregio's?

Deze is op dit moment onduidelijk. Naast de huidige indeling, liggen er twee pistes op tafel: de 14 regionale zorgzones of de 17 referentieregio's. Elke keuze heeft voor- en nadelen. Zodra hier meer duidelijkheid over is, zullen we dit communiceren. Uiteraard zal een keuze vergezeld zijn van een geleidelijke transitie en garanties bieden dat de huidige samenwerkingsverbanden niet in onzekerheid moeten werken.

Wanneer gaat de nieuwe regio-indeling o.b.v. de ELZ's in?

Dit zal van de effectieve regio-indeling afhangen, en kan dus lokaal/regionaal verschillen. In een aantal regio's kan de puzzel vlot in elkaar vallen, en kan al vanaf begin volgend jaar volgens de nieuwe werkgebieden gewerkt worden. Voor andere regio's zal dat meer aanpassingen vergen. We beschouwen 2021 als een overgangsjaar, zowel inzake de aanpassingen van werkgebied, de financiering, monitoring/opvolging als regelgeving. We hopen dat alles tegen begin 2022 stevig op de rails staat.

Kan er afgeweken worden van ELZ?

Het werkingsgebied van een 1G1P team zal zich in de toekomst beperken tot de afbakening van de (eventueel meerdere, aaneensluitende) eerstelijnszone(s). Hiervan afwijken is niet mogelijk.

Kunnen meerdere 1G1P-teams werkzaam zijn in eenzelfde eerstelijnszone (situatie vandaag)?

Het werkingsgebied van een 1G1P team zal zich in de toekomst beperken tot de afbakening van eerstelijnszones. Er zullen niet meerdere teams werkzaam kunnen zijn binnen eenzelfde eerstelijnszone.

INHOUDELIJK

Het samenwerken rond een hulpvraag, moet dit dan via het cliëntoverleg?

We gaan ervan uit dat de afstemming tussen verschillende actoren in het samenwerkingsverband tot de reguliere opdracht behoort en de afspraken die hier structureel over gemaakt worden opgenomen worden in de uit te werken engagementen. Slechts in uitzonderlijke en zeer complexe situaties lijkt het ons nodig cliëntoverleg in te zetten. Het is dus zeker niet de bedoeling om in elk traject een onafhankelijke voorzitter in te schakelen. Daar waar geen samenwerking gevonden wordt rond een cliëntsituatie is het cliëntoverleg uiteraard wel aangewezen. Meer info over cliëntoverleg en bemiddeling: <http://wvg.vlaanderen.be/jongerenwelzijn/jeugdhulp/clientoverleg-en-bemiddeling/>

Wat moet worden verstaan onder de eerstelijnspsychologische functie? Hoe wordt verwacht dat dit wordt ingevuld?

De eerstelijnspsycholoog heeft drie grote opdrachten:

- Verstrekken van laagdrempelige, kortdurende en vlot toegankelijke zorg;
- Nauwe samenwerking met zorgverleners verzekeren en uitbouwen van een lokaal netwerk van actoren binnen en buiten de zorgsector;
- Ondersteunen van de partners binnen en buiten de zorgsector om psychologische problemen te leren herkennen.

De eerstelijnspsycholoog verstrekt in eerste instantie laagdrempelige en lokale zorg aan mensen met milde tot matige psychische klachten die:

- op korte termijn hulp nodig hebben
- met weinig contacten verder kunnen geholpen worden.

De eerstelijnspsycholoog is toegankelijk voor zowel kwetsbare en kansarme doelgroepen als financieel redzame patiënten. De eerstelijnspsycholoog start met een inschatting van de problematiek en geeft kortdurende (5-tal sessies) zorg gericht op het verhogen van de veerkracht, zelfredzaamheid en autonomie van de patiënt. De eerstelijnspsycholoog werkt zeer nauw samen met de partners in de eerste lijn en ondersteunt deze door zijn kennis in de geestelijke gezondheidszorg. Daardoor verhoogt de kennis van psychische problematieken bij de eerstelijnswerkers, kan er meer preventieve zorg verleend worden en verhoogt de herkenning van psychische problemen (vroegdetectie) en kan in een vroeg stadium opgetreden worden (vroeginterventie). De eerstelijnspsycholoog heeft een duidelijke link met het netwerk geestelijke gezondheid kinderen en jongeren, en met het programma vroegdetectie en -interventie dat momenteel vorm krijgt in elk netwerk. Zoals in de oproep voor het programma vroegdetectie en -interventie beschreven staat, ambiëren we binnen dat programma een continuüm van preventie tot zorg, wat impliceert dat er een nauwe aansluiting moet zijn tussen de verschillende lijnen en dat het programma breed geïnterpreteerd dient te worden met een duidelijke link naar o.a. intergemeentelijke

preventiewerkers, de reguliere basisopdrachten van de CGG, Centra voor Ambulante Revalidatie (CAR), Referentiecentra Autismespectrumstoornissen, Centra voor ontwikkelingsstoornissen, CLB, ...

De netwerken geestelijke gezondheid kinderen en jongeren staan, in samenwerking met de netwerken geestelijke gezondheid voor volwassenen, in voor het stroomlijnen van vroegdetectie en -interventie binnen hun regio. Er wordt aan de netwerken gevraagd om de relevante lokale initiatieven van partners, zorgaanbieders, instellingen en diensten die activiteiten voor vroegdetectie en -interventie ontplooiën gericht op kinderen en jongeren met de eerste tekens van een mogelijk psychische of psychiatrische problematiek, te inventariseren en te schetsen welke afspraken er bestaan m.b.t. dit aanbod van activiteiten om optimale afstemming te realiseren. Men moet toelichten op welke wijze er samengewerkt wordt tussen nieuwe initiatieven en bestaande initiatieven binnen het programma vroegdetectie en -interventie teneinde een globaal en geïntegreerd geheel van vroegdetectie en -interventie te realiseren.

De eerstelijnspsycholoog werkt nauw samen met de partners in de geestelijke gezondheidszorg om patiënten gericht te kunnen doorverwijzen wanneer meer gespecialiseerde hulp of meer langdurige hulp noodzakelijk blijkt.

Crisisinterventies behoren niet tot de kerntaak van de eerstelijnspsycholoog, maar de eerstelijnspsycholoog is wel in staat om crisissituaties te onderkennen en crisisinterventie voor de patiënt te organiseren. Het is belangrijk om daar duidelijke afspraken rond te maken binnen het samenwerkingsverband. In groepscursussen kunnen alledaagse psychologische problemen zoals stress, angst, depressie, slaapproblemen, assertiviteit, piekeren ... aan bod komen.

De eerstelijnspsycholoog functioneert binnen het samenwerkingsverband van zorgverleners, organisaties en partners die de één gezin – één plan aanpak vorm geven en legt waar nodig de link met andere zorgverleners zoals huisartsen, verpleegkundigen, CGG, ziekenhuizen, thuiszorgdiensten, privé-therapeuten enz.

Wie dient de eerstelijnspsychologische functie vorm te geven / waar dient deze te worden ondergebracht?

Het agentschap Zorg en Gezondheid ziet deze ELP-functie voor kinderen en jongeren graag ingebed in de toekomstige eerstelijnszones, die zich momenteel aan het vormen zijn. Belangrijk is dat de ELP wordt ondergebracht in een organisatie in de eerstelijnszorg (Sociaal Huis, OCMW, CAW, wijkgezondheidscentrum, groepspraktijk, zelfstandig psycholoog). Verankering in een organisatie die gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg aanbiedt, zoals een CGG, wordt afgeraden. Essentie is dat de opdrachten (zie hierboven) van de ELP, de laagdrempelige werkplek en het profiel (zie verder) cruciaal zijn om te bewaken.

Wat is de verhouding tussen de ELP en de middelen die zijn toegekend aan het crisisteam en team langdurige zorg binnen GGZ? Wordt de ELP-functie hierin ingekanteld of betreft het een nieuw voorstel?

De ELP wordt niet verankerd in de mobiele crisisteams of mobiele teams langdurige zorg die opgestart zijn in het kader van het nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren. Crisisinterventies behoren niet tot de kerntaak van de eerstelijnspsycholoog, maar de eerstelijnspsycholoog is wel in staat om crisissituaties te onderkennen en crisisinterventie voor de patiënt te organiseren (bv. door aanmelding bij het crisismeldpunt jeugdhulp). Het is belangrijk om daar duidelijke afspraken rond te maken binnen het samenwerkingsverband RTJ. De ELP biedt kortdurende hulp aan, geeft de cliënt een duwtje in de rug om weer verder te kunnen. De ELP biedt

geen langdurige zorg aan. Indien meer langdurige hulp nodig blijkt, heeft de ELP voldoende kennis van de sociale kaart om de cliënt gericht door te verwijzen.

Moet de ELP een master zijn? Mag bachelor ook?

Uit de ervaring met de zeven pilootprojecten blijkt dat een volgend profiel van de ELP nodig is:

- Master in de Psychologie of de Pedagogische wetenschappen:
 - o Afgestudeerd binnen richting klinische psychologie, gezondheidspsychologie, schoolpsychologie of orthopedagogiek;
 - o Minstens 3 jaar beroepservaring.
- Ervaring in psycho-educatie;
- Kennis van KOP model bij volwassenen en PROP model voor kinderen en jongeren;
- Is specialist in detectie en assessment van psychische problemen: hij kan de aard en de ernst van de problematiek goed inschatten;
- Is vertrouwd met de bestaande kortdurende interventies en in staat om in functie van de noden en de voorkeuren van de patiënt interventies toe te passen;
- Is vertrouwd met de bestaande mogelijkheden op het vlak van groepswerking en zelfhulp om de patiënt hierover op zijn maat te informeren en te motiveren;
- Kan groepssessies organiseren, leiden en opvolgen;
- Ervaring met een brede waaier van psychologische problemen binnen verschillende patiëntengroepen in eerstelijnszorg;
- Beschikt over communicatieve gespreksvaardigheden om alle doelgroepen tegemoet te treden op een vraaggerichte en respectvolle manier;
- Kan snel verbinding maken met patiënten, is meelevend, niet veroordelend, respectvol en begripvol;
- Kan de sociale kaart van het aanbod in de regio goed overzien en kan een positieve samenwerking bewerkstelligen met de partners;
- Is flexibel ingesteld –de ELP werkt namelijk met veel cases tegelijk naast de vele andere taken (zoals bv. relaties met het netwerk onderhouden, informatie-uitwisseling met de partners, registratie en monitoring, etc.);
- Kan vlot omgaan met onvoorziene situaties en vragen met betrekking tot psychische problemen die zich voordoen;
- Werkt zo efficiënt mogelijk om de vraag te kunnen beantwoorden;
- Kan zelfstandig werken. Op dit moment kan de ELP zich niet beroepen op collegae-ELP en moet hij voor zichzelf een werkkader uittekenen;
- Is een teamspeler (o.a. in de relatie met de huisarts) en een netwerker (in de relatie met het lokale aanbod).

Uit de ervaringen in de pilootprojecten blijkt dat de ELP-functie een uitdagende functie is die een zekere maturiteit en stressbestendigheid vraagt. Het is aan te raden om een goede omkadering voor de ELP-functie te voorzien, bijv. voldoende mogelijkheden tot intervisie; aansluiting vinden bij de andere werknemers op de werkplek (teamgevoel); casusbesprekingen; ... De praktische omkadering op de werkplek kan de uitvoering van de functie in belangrijke mate ondersteunen (onthaal van patiënten, agenda en registratiesysteem, werkruimte en -middelen voor de ELP-functie ...).

Kan/mag een ELP meer dan 5 sessies geven?

De eerstelijnspsycholoog verstrekt in eerste instantie laagdrempelige en lokale zorg aan mensen met milde tot matige psychische klachten die op korte termijn hulp nodig hebben en met weinig

contacten verder kunnen. We zien een vijftal sessies als richtinggevend maar niet dwingend. In particuliere gevallen kunnen er meer sessies worden gegeven zolang het uitgangsprincipe van hulp op korte termijn wordt gerespecteerd.

Tot welke leeftijd is de ELP beschikbaar?

De typemodule ELP is beschikbaar van 0 tot 25 jaar. In de praktijk merken we echter dat soms de leeftijd van 18 jaar wordt gehanteerd. We begrijpen dat dit te maken heeft met de expertise van de ELP maar we vragen om hierin flexibel om te gaan en per situatie te bekijken of psychologische hulp na 18 jaar geboden moet worden door de ELP. Naast de algemene inschatting over de ernst van de klachten moet er ook bekeken worden of het in termen van continuïteit niet beter is door te verwijzen naar het aanbod voor volwassenen.