



# Projectnota:

---

UITWERKING CONVENTIE 'PSYCHOLOGISCHE  
AMBULANTE ZORG' BINNEN REGIO ZUID-WEST-  
VLAANDEREN.

## Inhoud

1.	Situering .....	2
2.	Visie en richtinggevende principes.....	2
a.	Basiszorg en gespecialiseerde zorg .....	4
3.	Tijdslijn .....	5
4.	Verdeling middelen .....	7
a.	Weging per ELZ en gemeente.....	7
b.	Verhouding basiszorg – gespecialiseerde zorg: .....	8
c.	Verhouding groepssessies en individuele sessies: .....	8
5.	Noden en behoeftes in Zuid-West-Vlaanderen .....	10
a.	Identificatie van de kwetsbare groepen .....	10
b.	Vragenlijst eerstelijnszones .....	11
c.	Brainstorm met partners.....	12
d.	Precariteitstool prof. Bruffaerts .....	12
e.	Vragenlijst aanbod – luik omtrent noden .....	12
f.	Vindplaatsen bepalen en multidisciplinaire inbedding .....	16
g.	Huidig aanbod (Bijlage 1) .....	17
6.	Actieplan .....	17
7.	Voorstel werving.....	20
8.	Aanvullende modaliteiten bij overeenkomst klinisch psychologen / orthopedagogen .....	20
9.	Nog mee te nemen aspecten: .....	22

## 1. Situering

Op 2 december 2020 sloten de federale regering en de gewesten en gemeenschappen een protocolakkoord om de versterking van de geestelijke gezondheidszorg gecoördineerd aan te pakken, met bijzondere aandacht voor kwetsbare groepen die het zwaarst getroffen zijn door de COVID-19-pandemie.

Voor de eerstelijnspsychologische zorg was reeds een budget beschikbaar van 39,3 miljoen. Dit wordt vanaf 2021 verhoogd met 112,5 miljoen om twee psychologische functies - in samenwerking met en complementair aan het bestaande aanbod - verder uit te bouwen. Het jaarbudget voor deze conventie (151,8 miljoen) is een significante bijkomende investering in de hervormingen van de geestelijke gezondheidszorg die in de schoot van de transversale overeenkomstencommissie geestelijke gezondheid vorm kreeg en gebaseerd is op een public mental health-perspectief. De uitbouw van de psychologische zorg in de eerstelijns is belangrijk om de behandelkloof te verminderen.

Het **doel** van deze nieuwe overeenkomst (verder omschreven als 'conventie') is het toegankelijker maken van geestelijke gezondheidszorg, dicht bij de leefomgeving van de burger te brengen, in samenwerking met de actoren in de eerste lijn. Deze conventie bouwt verder op de eerste overeenkomst "eerstelijnspsychologische zorg" waarbij rekening wordt gehouden met tal van bekommernissen en aanbevelingen. Het netwerk geestelijke gezondheidszorg Zuid-West-Vlaanderen krijgt een coördinerende rol om initiatief te nemen om dit zorgaanbod in regio Zuid-West-Vlaanderen (ELZ regio Menen, ELZ regio Kortrijk en ELZ regio Waregem) te organiseren.

## 2. Visie en richtinggevende principes

De start van de hervorming GGZ start reeds 12 jaar terug met de bevrizing van bedden. De focus lag toen vooral op de doelgroep ernstige psychiatrische patiënten (EPA's). Vandaag zitten we aan de volgende mijlpaal in het hervormingsverhaal, namelijk de verdere uitbouw van de GGZ dicht bij de leefomgeving van de burger en in nauwe samenwerking met de actoren in de eerste lijn.

De nieuwe conventie voorziet een zorgbudget om lokale multidisciplinaire zorg te verstrekken via een laagdrempelig aanbod voor personen met lichte tot matig ernstige psychische kwetsbaarheid.

Vanuit de Public Mental Health (PMH) – visie wordt omschreven dat gezondheidszorg de hele bevolking in acht moet nemen. Elke burger heeft namelijk recht op betaalbare psychologische zorg. De beschikbare middelen zijn niet min, maar onvoldoende om de gehele bevolking (op dit moment) te bedienen. Daarom zal het netwerk keuzes moeten maken en focussen op preventie en vroegdetectie/interventie bij kwetsbare doelgroepen zodat escalatie van een problematiek kan vermeden worden.

Een eerste stap is het identificeren van de noden en behoeftes van de bevolking in de regio. Vervolgens worden de kwetsbare groepen gedetecteerd en kan het netwerk prioritaire doelgroepen bepalen. Het netwerk brengt het huidige aanbod in kaart en voorziet een aanvullend aanbod voor de

gedetecteerde hiaten, noden en doelgroepen. Door te werken met vindplaatsen, wordt de drempel voor kwetsbare doelgroepen verlaagd.

Op basis van deze informatie wordt een actieplan opgesteld. Dit plan omvat duidelijke doelstellingen en indicatoren om de doelstellingen te evalueren.

Het netwerk GGZ Zuid-West-Vlaanderen wenst te vertrekken vanuit een aantal globale principes die de verdere uitwerking van het actieplan omkaderen:

#### **1. Matched care**

Daar waar we vroeger eerder vertrokken vanuit het stepped care principe willen we een nieuwe beweging inslaan en kiezen voor matched care waarbij de zorg wordt afgestemd op de persoonlijke situatie en mogelijkheden van de cliënt en zijn omgeving.

#### **2. Geïntegreerde zorg**

De zorg maakt deel uit van de bredere eerstelijnszorg in het kader van een geïntegreerde multidisciplinaire eerstelijnszorg en maakt deel uit van de ruimere geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg binnen de netwerken GGZ.

#### **3. Public mental health (PMH) (Bruffaerts document)**

De gezondheidszorg moet de hele bevolking in acht nemen met een focus op (selectieve) preventie en vroegdetectie / interventie als eerste principe zodat escalatie van een problematiek kan vermeden worden. Er wordt ingezet op groepsaanbod vanwege de kosteneffectiviteit op individueel en op maatschappelijk vlak.

De zorg moet geïntegreerd en multidisciplinair worden ingebed waarbij het aanbod niet alleen in een praktijkruimte maar ook outreachend op lokaal niveau moet worden uitgerold. Door te werken met vindplaatsen, wordt de drempel voor kwetsbare doelgroepen verlaagd.

Task-shifting is een belangrijke term, namelijk het complementair werken van klinische psychologen en orthopedagogen maar ook samen met andere zorg- en hulpverleners en ervaringsdeskundigen.

Tenslotte, zet in op wat werkt, namelijk evidence-based practice met betrokkenheid van de persoon en zijn context.

#### **4. Quadruple aim (intro conventie)**

Deze conventie heeft een 4-voudige doelstelling (4AIM) voor ogen:

- ten eerste, de verbetering van de gezondheid door betere mentale gezondheidssuitkomsten, bevordering van gezondheidsvaardigheden, versterking van de veerkracht, betere en snellere detectie van psychische kwetsbaarheid, toeleiding naar en beschikbaarheid en toegankelijkheid van gepaste zorg.
- ten tweede, de verhoging van de kwaliteitservaring van de zorg via resultaatgerichte monitoring en meting. Zowel van de ervaren kwaliteit van de zorg door de patiënt en zijn omgeving alsook door toepassing van evidence, practice en experience based richtlijnen.

- ten derde, het inzetten op betere werkomstandigheden voor mensen in de zorgsector inclusief ondersteuning en vorming voor zorgverleners.
- ten vierde wordt het budget efficiënt ingezet door middelen in te zetten die meerwaarde creëren onder meer door het aanbieden van verschillende zorgmodaliteiten en inzet van andere hulpverleners voor opdrachten eerstelijnspsychologische zorg en gespecialiseerde psychologische zorg. Er wordt uitgegaan van een risicostratificatie om ervoor te zorgen dat de inzet van de middelen afgestemd is op de intensiteit van de psychische nood/behoefte binnen het werkingsgebied van het netwerk.

**a. Basiszorg en gespecialiseerde zorg**

*Wanneer spreken we van gespecialiseerde zorg op niveau van public mental health?*

ELP	Gespecialiseerde zorg
<p><b>Direct toegankelijk</b></p>	<p>Enkel toegankelijk na <b>goede indicatiestelling</b> (welke gespecialiseerde zorg, wie doet dit best,...?)</p> <p><b>2 sporen van aanmelding:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Opschaling vanuit basiszorg naar gespecialiseerde zorg</li> <li>→ Rechtstreeks naar gespecialiseerde zorg verwijzen en geïndiceerd</li> </ul> <p><b>Hoe aanmelden?</b> Belang van functioneel bilan bij verwijzing naar gespecialiseerde zorg. Dit is een werkinstrument voor de cliënt. Er zijn 3 partijen betrokken bij een geïndiceerde verwijzing:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Cliënt</li> <li>→ Psycholoog</li> <li>→ Verwijzer</li> </ul> <p>In het functioneel bilan aangeven hoeveel sessies men denkt nodig te hebben, eventueel verlengbaar. Kader = gemiddeld 8 sessies en maximaal 20 sessies voor persoon.</p>
<p>Is beschikbaar voor het brede publiek, voor de meest kwetsbaren.</p>	<p>Kan werken voor specifieke doelgroepen of technieken.</p>
<p>KO/KP beschikt over:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Vaardigheden om mensen te helpen met vaak voorkomende lichte tot matige psychologische</li> </ul>	<p>KO/KP beschikt over:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Vaardigheden voor aanpak van algemene klachten die gecompliceerd zijn door</li> </ul>

<p>klachten, met name depressieve gevoelens, angstklachten, beginnend misbruik van alcohol of middelen, stress, spanningsklachten. burn-out gevoelens..</p> <p>→ Is veerkrachtbevorderend en positief/motiverend ingesteld tav de patiënt</p> <p>→ Is outreachend, makkelijk bereikbaar. De locatie is dicht bij de woonplaats van de zorgvrager. Vindplaatsgericht werken</p> <p>→ Beschikt over kennis en vaardigheden voor screening, indicatiestelling en verwijzing.</p>	<p>persoonlijkheidsproblematiek, door het veelvoud van de klachten of door de chroniciteit ervan en/of</p> <p>→ Vaardigheden voor diagnose en aanpak van specifieke klachten (autisme, ADHD, dementie, CVS, gecompliceerd trauma..)</p> <p>→ Specialisatie kunnen aantonen. (specialisatie in bepaalde problematiek en/of therapie-opleiding).</p> <p>→ Aangepast aan de onderliggende aandoening waarvoor specifieke technieken worden voor gebruikt.</p>
---	--

**Hoe opschalen/neerschalen?** Dit is de verantwoordelijkheid van de KO/KP, beslissing samen met de cliënt. Functioneel bilan is hierin een hulpmiddel.

### 3. Tijdslijn

Wanneer	Wat	Verantwoordelijken
September 2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samenstelling werkgroep conventie</li> </ul>	Netwerkbestuur
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toelichting inhoud conventie NWB, werkgroep</li> </ul>	Netwerkcoördinator
Oktober 2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Provinciaal overleg: kaderovereenkomst</li> </ul>	Provinciale werkgroep
November 2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opmaak en verspreiding vragenlijst eerstelijnszones</li> <li>• Verwerken resultaten</li> <li>• Brainstorm op basis van resultaten</li> <li>• Provinciaal overleg: kaderovereenkomst</li> </ul>	
December 2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aanwerving lokale coördinator</li> </ul>	
6/12/2021 – 22/12/2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bepalen van visie: richtinggevende principes</li> <li>• Op basis van precariteitsindex en nodenanalyse: kwetsbare doelgroepen analyseren</li> <li>• Bestaand aanbod definiëren</li> <li>• Formuleren van plan van aanpak op basis bovenstaande: verbinden aan mogelijke verstrekkers.</li> </ul>	Vorbereidende beleidsgroep

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vindplaatsen bepalen</li> </ul>	
<i>December 2021</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Provinciale kaderovereenkomst feedback verzamelen, verwerken</li> <li>• Afwerken kaderovereenkomst, verspreiden en ondertekenen.</li> </ul>	Provinciale werkgroep
<i>23/12/2021</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infomoment huidige ELP</li> </ul>	ELP-co en netwerkcoördinator
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Overgang huidige ELP naar nieuwe conventie, startdatum 1/11</li> </ul>	ELP coördinator
<i>25/01/2021</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voorbereidende documenten beleidsgroep feedback formuleren.</li> <li>• Profiel en expertise van KO/KP.</li> <li>• Overgangperiode basiszorg</li> <li>• Opstart gespecialiseerde zorg: vacatures uitwerken op basis van nodenanalyse.</li> </ul>	Regionale werkgroep
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In kaart brengen bestaand aanbod</li> </ul>	Voorbereidende beleidsgroep
<i>11 Februari</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consensus over plan van aanpak</li> </ul>	Regionale werkgroep
<i>14 februari – 16 maart</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oefening verdeling tussen de doelgroep/noden/vindplaatsen</li> <li>• Voorstel uitwerken van verdeling gemeentes/ELZ</li> </ul>	Voorbereidende beleidsgroep
<i>16 maart</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consensus op werkgroep</li> </ul>	Regionale werkgroep
<i>23 maart</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afkloppen netwerkbestuur</li> </ul>	Netwerkbestuur
<i>24 Maart</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infomoment organiseren</li> </ul>	Netwerkco en ELPco
<i>25 Maart – 7 april</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Werving</li> </ul>	ELPco en lokale co
<i>28 maart</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opstart lokale coördinator + inwerking</li> </ul>	Netwerkco
<i>7 april – 15 april</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selecties</li> </ul>	Selectiecomité
<i>21 April</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introductie nieuwe KO/KP</li> <li>• Vorming nieuwe KO/KP</li> </ul>	

2 mei	<ul style="list-style-type: none"> <li>Opstart nieuwe KO/KP</li> <li>Start groepssessies</li> </ul>	
April	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kennismakingsronde</li> </ul>	Lokale coördinator
April - december	<ul style="list-style-type: none"> <li>Multidisciplinaire inbedding</li> <li>Verdere afstemming op behoeftes per ELZ</li> </ul>	Lokale coördinator

#### 4. Verdeling middelen

Netwerk GGZ regio Zuid-West-Vlaanderen krijgt op jaarbasis € 2.532.464,00 toegekend waarvan maximum 10% kan worden ingezet voor de werkingskosten (€253.246,40).

Om de middelen te verdelen, moeten er een aantal keuzes worden gemaakt:

- Weging per eerstelijnszone en meer specifiek per gemeente.
- Verdeling basiszorg en gespecialiseerde zorg.
- Verdeling individuele sessies en groepssessies.

##### a. Weging per ELZ en gemeente

Op basis van de **precariteitsindex** is er een weging gebeurd per gemeente. Verdeling als volgt:

Gemeente	% precariteit	Budget sessies (90%)	Budget werkingskosten (10%)	Totaal budget
Anzegem	0,024529979	55.909,16	6.212,13	62.121,29
Avelgem	0,030820706	70.247,10	7.805,23	78.052,33
Deerlijk	0,023271337	53.040,44	5.893,38	58.933,82
Harelbeke	0,085581851	195.059,66	21.673,30	216.732,96
Kortrijk	0,306209693	697.918,52	77.546,50	775.465,02
Kuurne	0,041778502	95.222,30	10.580,26	105.802,55
Menen	0,162567991	370.527,83	41.169,76	411.697,58
Spiere-Helkijn	0,009021597	20.562,18	2.284,69	22.846,87
Waregem	0,096593242	220.157,02	24.461,89	244.618,91
Wervik	0,07067606	161.086,12	17.898,46	178.984,58
Wevelgem	0,077911191	177.576,56	19.730,73	197.307,29
Wielsbeke	0,023491179	53.541,51	5.949,06	59.490,57
Zwevegem	0,047546671	108.369,21	12.041,02	120.410,23
<b>Totaal</b>	1	2.279.217,60	253.246,40	2.532.464,00

	Budget sessies (90%)	Budget werkingskosten (10%)	Totaal budget
ELZ regio Menen	709.190,50	78.798,94	787.989,45



<b>ELZ regio Kortrijk</b>	988.200,48	109.800,05	1.098.000,53
<b>ELZ regio Waregem</b>	581.826,61	64.647,40	646.474,02

### b. Verhouding basiszorg – gespecialiseerde zorg:

De Overeenkomst spreekt in artikel 2 over twee zorgfuncties die geïntegreerd worden aangeboden: de functie eerstelijnspsychologische zorg en de functie gespecialiseerde psychologische zorg. Artikel 13 §3 gaat in op de verhouding tussen beide zorgfuncties, m.n. functie eerstelijnspsychologische zorg = minimum 45% en functie gespecialiseerde zorg = max. 45%. De percentages tussen de netwerken GGZ kunnen hierbij verschillen, op basis van grootteorde ('een vork') vastgelegd op provinciaal niveau. Bij het vastleggen van de verhouding vertrekken de ondertekenende partners hierbij van het principe dat meer wordt ingezet op de functie eerstelijnspsychologische zorg namelijk tussen 60%-70%. In ons netwerk wordt de keuze gemaakt als volgt te verdelen, wat voldoet aan de provinciale afspraken:

- 10% middelen = € 253.246,40
- 60% basiszorg = € 1.519.478,40
- 30% gespecialiseerde zorg = € 759.739,20

### c. Verhouding groepssessies en individuele sessies:

In 2022 streven we naar een 20% groepssessies. Dit aanbod zal geleidelijk aan worden uitgerold en binnen een groeipad waarbij we willen evolueren tot een aanbod van 30%. Tijdens de monitoring van het aantal sessies, zal op tijd worden bijgestuurd wanneer het beschikbare budget voor groepssessies niet wordt ingevuld, deze kan verschoven worden naar individueel aanbod.

Groepsaanbod netwerkbreed:

- start met streven naar 20% groepen =
  - 16 groepen min 4personen/week ELP
  - 8 groepen min 4personen/week gespecialiseerde zorg
- evolutie naar 30% =
  - 24 groepen min 4personen/week ELP
  - 12.5 groepen min 4personen /week gespecialiseerde zorg

**Dit vertaalt zich in het volgende groeiproces (aantal sessies/per week):**

20% groepen	ELP I	ELP Groep	Gesp I	Gesp Groep
	60' waarvan minstens 45' cliëntcontact.	120' waarvan minstens 90' cliëntcontact.	60' waarvan minstens 45' cliëntcontact.	120' waarvan minstens 90' cliëntcontact.
<b>ELZ regio Menen</b>	86.76	5.03	41.29	2.54
<b>ELZ regio Kortrijk</b>	120.9	7.00	57.53	3.54

<b>ELZ regio Waregem</b>	71.18	4.12	33.87	2.09
<b>Totaal</b>	278.85	16.15	132.69	8.17

30% groepen	ELP I	ELP Groep	Gesp I	Gesp Groep
	60' waarvan minstens 45' cliëntcontact.	120' waarvan minstens 90' cliëntcontact.	60' waarvan minstens 45' cliëntcontact.	120' waarvan minstens 90' cliëntcontact.
<b>ELZ regio Menen</b>	75.10	7.48	34.41	3.89
<b>ELZ regio Kortrijk</b>	104.64	10.42	47.94	5.42
<b>ELZ regio Waregem</b>	61.61	6.14	28.23	3.19
<b>Totaal</b>	241.35	24.04	110.58	12.5

Groeipad van 20% -> 30%	ELP I	ELP Groep	Gesp I	Gesp Groep
	60' waarvan minstens 45' cliëntcontact.	120' waarvan minstens 90' cliëntcontact.	60' waarvan minstens 45' cliëntcontact.	120' waarvan minstens 90' cliëntcontact.
<b>ELZ regio Menen</b>	86.76 → 75.10	5.03 → 7.48	41.29 → 34.41	2.54 → 3.89
<b>ELZ regio Kortrijk</b>	120.9 → 104.64	7.00 → 10.42	57.53 → 47.94	3.54 → 5.42
<b>ELZ regio Waregem</b>	71.18 → 61.61	4.12 → 6.14	33.87 → 28.23	2.09 → 3.19
<b>Totaal</b>	278.85 → 241.35	16.15 → 24.04	132.69 → 110.58	8.17 → 12.5

ELP groepssessies → Een traject groepssessie bestaat uit maximaal 5 sessies. Dit betekent dat elke ELZ een minimaal van x-aantal trajecten kan lopen:

- ELZ regio Menen: 52.27 → 77.79 trajecten per jaar
- ELZ regio Kortrijk: 72.84 → 108.37 trajecten per jaar
- ELZ regio Waregem: 42.89 → 63.86 trajecten per jaar
- Totaal: 168 → 250 trajecten per jaar.

Gespecialiseerde groepssessies → Een traject groepssessie bestaat uit maximaal 12 sessies. Dit betekent dat elke ELZ een minimaal van x-aantal trajecten kan lopen:

- ELZ regio Menen: 11.02 → 16.85 trajecten per jaar

- ELZ regio Kortrijk: 15.35 → 23.48 trajecten per jaar
- ELZ regio Waregem: 9.04 → 13.82 trajecten per jaar
- Totaal: 35.41 → 54.1 trajecten per jaar.

Wetenschappelijk onderzoek naar welke thema's beter in groep worden gegeven en aansluiten op de noden van de regio. Innovatieve methodieken onderzoeken.

Hoe maken we een keuze?

Indien thema reeds individueel wordt behandeld, dan voorrang geven aan ander thema binnen groepsessie.

Indien we merken dat thema binnen individuele sessies in groepsessie kan gegeven worden, eventueel schuiven naar hoger percentage groepsessie.

Belang van mentaliteitswijziging bij cliënten om keuze te maken voor groepsessie.

## 5. Noden en behoeftes in Zuid-West-Vlaanderen

De conventie richt zich naar alle burgers met een focus op personen met een hoge prevalentie en aandacht voor bepaald specifieke (risico)groepen. Om deze groepen te detecteren en om het contingent aan beschikbare middelen te verdelen, wordt een nodenanalyse gemaakt op basis van verschillende bronnen.

De verdeling gebeurt op lokaal niveau om enerzijds te verzekeren dat er een evenwichtige regionale spreiding van het aanbod is en anderzijds te garanderen dat de lokale realiteit aan noden van de doelgroepen die we willen bereiken en aanbod wordt meegenomen.

### a. Identificatie van de kwetsbare groepen

**Kwetsbare doelgroepen:**

- **Dak- en thuislozen**
- **Lagere middenklasse:** éénoudergezinnen, alleenstaanden, langdurige zieken, mensen met lage scholingsgraad, mensen die net uit de boot vallen ivm rechtenverkenner, migratie-achtergrond.
- **Mensen met migratieachtergrond (kosten tolk) Anderstaligen**
- **Jongeren en jongvolwassenen**
- **Mensen in een financieel kwetsbare situatie**
  - Aanklampend werken
  - taal en cultuursensitief werken
- **Mantelzorgers/familie/context**
- **Perinatale zorg → IMH CGG, in ziekenhuizen? WINGG?**
- **Ouderen**
  - in thuissituatie
  - in woonzorgcentra (mogelijkheid om zelf psycholoog in dienst te nemen?)

- met dementie
- Vluchtelingen met oorlogstrauma
- Kleine zelfstandigen
- Chronisch zieken
- Zorgverleners
- Zwakbegaafden, kinderen en jongeren met een beperking, personen met (verstandelijke) handicap en hun context
- Delinquenten (bv stalkers)
- Hikikomori (jongvolwassenen die thuis 'vast' zitten, gamen, niet werken..)
- Multiprobleem gezinnen
- Vooral mensen die geïsoleerd zijn (door werkloosheid, onzekerheid, chronische ziekte, armoede, verlieservaringen..) en moedeloos geworden zijn, weer op gang brengen. Samenwerking met sociale voorzieningen zal hiertoe nodig zijn.
- contactgroepen van ouders/partners met personen met middelenmisbruik....

#### **b. Vragenlijst eerstelijnszones**

Om de toegekende middelen uit de conventie gericht in te zetten, werd vanuit de werkgroep conventie psychologische zorg geopteerd om een vragenlijst te verspreiden. In samenwerking met de drie eerstelijnszones (ELZ) werd een kleine bevraging gelanceerd. 219 respondenten uit erg diverse disciplines namen de tijd om input te geven.

Verschillende thema's kwamen naar voren. De koplopers zijn angst, depressie, stress. Gevolgd door relationele problemen, alcoholproblematiek, veerkracht, burnout en slaapproblematiek. Daarnaast nog enkele specifieke thema's die werden aangehaald.

Aan de hand van een puntentoekening werd een prioritering opgemaakt. Uit deze oefeningen werden 13 grote thema's gedestilleerd:

1. Depressie
2. Stress
3. Angst
4. Veerkracht
5. Alcoholproblematiek
6. Burn-out
7. Jongdementie
8. Eenzaamheid
9. Emotionele verwerking
10. Relatieproblemen
11. Verslaving
12. Emotieregulatie
13. Slapeloosheid

### c. Brainstorm met partners

Op basis van bovenstaande resultaten kwam een kleine werkgroep samen met partners uit de geestelijke gezondheid, psychologenkringen en ELZ. Binnen de partners zijn de resultaten van de bevraging globaal herkenbaar.

Er werden nog enkele specifieke noden vanuit het werkveld benoemd:

- Het gebrek aan een ambulant aanbod voor personen met een alcoholproblematiek.
- Nood aan ondersteuning voor personen die voor een eerste maal worden geconfronteerd met een psychotische kwetsbaarheid.
- Nood aan psychologische ondersteuning voor personen met klachten vanuit een somatische problematiek (zoals diabetes, overgewicht, seksuele problemen, ...).
- Psychologische ondersteuning voor personen met autismespectrumstoornis.

### d. Precariteitstool prof. Bruffaerts

Uit de precariteitstool van professor Bruffaerts lichtten onderstaande gemeenten op bij een aantal benoemde indicatoren:

1. Wervik: kansarmoede index, aandeel t.o.v. inwoners 18+ betalingsachterstand, Verhoogde tegemoetkoming, percentage budgetmeters aardgas, percentage budgetmeters elektriciteit.
2. Avelgem: percentage statuut chronische aandoening
3. Kortrijk: kansarmoede index, percentage alleenstaande 75+, verhoogde tegemoetkoming, percentage inwoners van buitenlandse niet-EU-herkomst t.o.v. alle inwoners, percentage budgetmeters aardgas, percentage budgetmeters elektriciteit
4. Mene: kansarmoede index, aandeel t.o.v. inwoners 18+ betalingsachterstand, verhoogde tegemoetkoming, percentage statuut chronische aandoening, percentage budgetmeters aardgas, percentage budgetmeters elektriciteit
5. Spiere-Helkijn: percentage lage werkintensiteit <20, aandeel t.o.v. inwoners 18+ betalingsachterstand, percentage alleenstaande ouder, percentage budgetmeters aardgas, percentage budgetmeters elektriciteit

### e. Vragenlijst aanbod – luik omtrent noden

**Welke hiaten merkt u in het aanbod van individuele psychologische zorg, in het bijzonder ten aanzien van kwetsbare groepen?**

- **Bereikbaarheid:**
  - Psycholoog aan huis, thuisbegeleiding; psychiatrische ondersteuning
  - Vlot toegankelijke psychiatrische ambulante zorg, gespecialiseerde psychologische zorg, en gespecialiseerde klinische zorg in PZ-afdelingen met afgestemd behandelprogramma en werking voor deze mensen.
  - Outreachend werken (op locatie)
- **Wachlijst:**
  - lange wachtlijsten bij multiprobleemgezinnen

- snelle opstart moeilijk wegens lange wachttijden
- **Betaalbaarheid:** Vooral kostprijs is hiaat voor bestaande, kwalitatieve ambulante zorg
- **Doelgroepen:**
  - Zwakbegaafden
  - Hikikomori (jongvolwassenen die thuis 'vast' zitten, gamen, niet werken..),
  - Werken met kinderen en jongeren met een beperking
  - Multiprobleem gezinnen
  - We stellen vast dat volgende groepen moeilijk toegang krijgen tot individuele psychologische zorg:
    - dak- en thuislozen ( in opvangcentra)
    - cliënten uit de lagere middenklasse : éénoudergezinnen, alleenstaanden, langdurige zieken, mensen met lage scholingsgraad, mensen die net uit de boot vallen ivm rechtenverkenner, migratie-achtergrond.
    - mensen met migratieachtergrond
    - jongeren en jongvolwassenen
    - Dit zij groepen/cliënten die naast hun eenduidige psychische hulp ook baat hebben bij rechtenverkenning, en aandacht voor alle levensdomeinen zoals ouderschap, wonen...
  - Doelgroep personen met (verstandelijke) handicap en hun context
  - Anderstaligen + toegankelijkheid binnen eerstelijns hulpverlening blijft belangrijk
  - toegankelijkheid van betaalbare hulp voor kinderen
- **Thema's:**
  - draagkracht, veerkracht, zingeving in het leven, doelen werken
  - gokken, gamen, seks- en pornoverslaving, persoonlijkheidsproblematiek (in bijzonder borderline en narcisme.) emotionele- en verslavingsproblemen bij autisme, verlegen/subassertieve mensen
  - Kennis t.a.v. dwangstoornis, maar ook vooral laagdrempelige hulp voor de 'klassieke' problemen als depressieve klachten, laag zelfbeeld, niet goed in het vel zitten, ..
  - Traumatherapie, verlies en rouw, therapie rond omgaan met pijnklachten en SOLK, therapie OCD, gezinstherapie, agressieregulatie, slaaptherapie, jongvolwassenen met problemen rond identiteit-mentaliteit-emotionele problemen
  - Relatietherapie, screening en diagnostiek
  - Goede screening & probleemin-schatting bij personen met middelenmisbruik
  - Stressmanagement, verslavingsproblematiek (alcohol, gamen, gokken, benzo's)
  - Trauma, mensen van andere origine, racisme
  - een aanbod inzake slaapproblemen, psychisch lijden tgv somatische klachten (hyperventilatie, nazorg hartklachten, nazorg CVA,...), depressie, angst, middelengebruik (1e aanraking), persoonlijkheidsproblematieken

**In welke gemeenten, wijken of locaties is het aanbod individuele psychologische zorg ontoereikend?** Er wordt aangehaald dat in alle (deel)gemeenten van de regio Zuid-West-Vlaanderen

een te kort heerst. Wervik, Anzegem, Avelgem worden meermaals specifiek benadrukt. Alsook Geluwe, Aalbeke, Rollegem, Bellegem, Rekkem, Marke, Menen, Kortrijk en Harelbeke worden benoemd. Psychologische zorg aan huis is een probleem. In elke gemeente blijft een zeker tekort. Wanneer men cliënten wil doorverwijzen, botst men vaak op wachtlijsten.

**Welke hiaten merkt u in het groepsaanbod van psychologische zorg, in het bijzonder ten aanzien van kwetsbare groepen?**

- Er is nu slechts een beperkt groepsaanbod.
- **Thema's:**
  - AUTISME en ASS, dissociatieve stoornissen, PTSS en burn-out
  - Middelenmisbruik
  - Mensen die onvoldoende mentaliseren (en daardoor impulsief reageren)
  - psycho-educatie
  - Linehan modules
  - Groepen rond transdiagnostische factoren (slaap, zelfbeeld, emotieregulatie, afhankelijkheid,...) lijken me hiaten.
  - psycho-educatie rond slaapproblemen, psychisch lijden tgv somatische klachten (hyperventilatie, nazorg hartklachten, nazorg CVA,...), middelengebruik bij jongeren/jongvolwassenen (1e aanraking) al dan niet aangevuld met gespreksgroepen, rouwgroepen, groepen rond 'eenzaamheid'
- **Doelgroepen:**
  - jongvolwassenen die door tegenslag of persoonlijke problematiek niet verder evolueren op vlak van relaties, werk., ouderen die 'vast' zitten (oa in een onbredigende partnerrelatie),
  - Een groepsaanbod naar kinderen-jongeren in scholen, overkop, jeugdwerk
  - Bij doelpubliek: contactgroepen van ouders/partners met personen met middelenmisbruik.

**In welke gemeenten, wijken, locaties is het groepsaanbod psychologische zorg ontoereikend?**

Algemene tendens in de antwoorden is dat er overal in de regio een te kort aan groepsaanbod heerst.

**Welke zorgnoden ziet u die nu in onze regio onvoldoende beantwoord worden?**

- **Doelgroepen:**
  - Hulp voor zorgverleners (artsen-verpleegkundigen, ...)
  - Vooral mensen die geïsoleerd zijn (door werkloosheid, onzekerheid, chronische ziekte, armoede, verlieservaringen..) en moedeloos geworden zijn, weer op gang brengen. Samenwerking met sociale voorzieningen zal hiertoe nodig zijn.
  - Langdurige begeleiding van kwetsbare groepen die het financieel niet kunnen dragen. Daarnaast gepaste nabehandeling, afgestemd op eerdere hulpverlening. Alsook meteen de psychologische begeleiding kunnen krijgen op moment van aanmelden, wachtlijsten van maanden zijn niet ethisch. Extra en versnelde hulpverlening bij uiting van suïcidale ideaties.

- Psychologische zorg voor dak- en thuislozen, lage middenklasse, migranten en jongvolwassenen.
- Noden voor kwetsbaardere mensen
- Kinderen en jongeren
- Mensen met verstandelijke beperking
- kwetsbare gezinnen die langdurende hulp nodig hebben.
- toegankelijke hulp voor ouderen
- Anderstaligen
- Het zijn cliënten die ervan uit gaan dat ze niet taalvaardig zijn, geen 'taal' genoeg hebben om bij een 'psycholoog' te gaan spreken. 'Ik kan het niet uitleggen wat ik nu voel'. De stap naar een zelfstandige psycholoog is voor hen nog te groot. Het is een grote drempel voor hen en een te onbekende wereld.
- **Thema's:**
  - Vooral zowel poliklinische als klinische zorg (consultatie mogelijkheden, en vooral hospitalisatiemogelijkheden voor mensen in dysfunctionele of uitgeputte systemen/gezinnen)
  - Psychologisch aanbod, zowel ELP als GPZ, zijn ontoereikend. Ook in de privé zijn wachtlijsten schering en inslag.
  - Outreachende mobiele behandelteams
  - Mensen met voedingsproblematiek
  - Psychiatrische thuiszorg
  - Voornamelijk laagdrempelige en 'goedkope' hulp. Ik denk dat er een vrij gevarieerd aanbod is, maar dit vaak niet haalbaar is aan de gewone tarieven voor veel cliënten
  - snel kunnen gezien worden ipv wachttijd
  - Zorgnoden : depressieve klachten -stress gerelateerde klachten - emotionele verwerking - angst - veerkracht - zorgen op het werk - eenzaamheid
  - nood aan begeleiding- ondersteuning binnen Traumatherapie, verlies en rouw, therapie rond omgaan met pijnklachten en SOLK, therapie OCD, gezinstherapie, agressieregulatie, slaaptherapie, jongvolwassenen met problemen rond identiteit-mentaliteit-emotionele problemen
  - Expertise middelenmisbruik bij diensten Ode-lijn en 1ste-lijn
  - Trauma, slaap, soms hebben mensen afspraken bij allerhande instanties en dan nog bij een psycholoog: is soms teveel van het goede. Ventileren helpt wat, zich concentreren op doelen of eventueel huiswerk is een paar andere mouwen.
  - voor multipelen problemen
  - slaapproblemen, psychisch lijden tgv somatische klachten (hyperventilatie, nazorg hartklachten, nazorg CVA,...), depressie, angst, middelengebruik (1e aanraking) bij jongvolwassenen/ volwassenen, persoonlijkheidsproblematieken, rouw, eenzaamheid



#### f. Vindplaatsen bepalen en multidisciplinaire inbedding

Een vindplaats is een plek waar verschillende disciplines intersectoraal gaan samenwerken. Het is een plek waar mensen op een laagdrempelige manier terecht kunnen en mogelijks in de eerste plaats niet voor een psychische problematiek hulp zoeken, maar op die plek wel naar boven kan komen.

Op de vindplaats detecteer je mensen die nood hebben aan psychologische ondersteunen waarbij men kan doorverwijzen naar een KO/KP. Op de vindplaats wordt de KO/KP laagdrempelig ingebed om een aanbod te voorzien.

Mogelijke vindplaatsen:

- Sociale huizen
- Lokale dienstencentra
- Inloop
- Ambulante werking CAW
- Dak- en thuislozenopvang
- Ontmoetingscentra
- Gezinszorg/thuiszorg: voorstel Familiezorg
- Scholen/jeugdwerk/overkophuis
- Huisartsen
- OCMW
- Informatieknooppunt
- Geïntegreerd breed onthaal
- Eigen woning (outreaching)
- Sociale dienst mutualiteiten
- Herstelacademie
- Sociale diensten
- Groepspraktijken
- Stuvo's
- CLB's
- Dagbesteding
- Ziekenhuizen
- Praktijk psycholoog
- ...

Richtlijnen voor vindplaatsen die standplaatsen aanbieden:

1. Kwaliteit van de lokalen: Garantie voor de privacy van de therapeut en de patiënt en de vertrouwelijkheid van de gesprekken.

Concreet:

- ✓ Afzonderlijke ruimte. Bij voorkeur een bureau met een gezellige sfeer (geen steriele onderzoekskamer, wel liefst salontafeltje en zeteltjes)

Een vergaderruimte is minder interessant omwille van de verhoogde kans op intrusie en het onpersoonlijke karakter.

- ✓ Minimum 3 aaneengesloten vaste uren (vb ma van 9u tot 12u)
  - ✓ Afspraken omtrent de momenten waarover de KO/KP over de ruimte kan beschikken en de manier waarop patiënten zich voor hun fysieke afspraak aanmelden.
  - ✓ (voor het maken van de afspraak geldt volgens de conventie dat de ELP rechtstreeks bereikbaar moet zijn)
  - ✓ Goede geluidsisolatie. Gesprekken kunnen niet afgeluisterd worden, er zijn geen storende binnendringende geluiden
  - ✓ Het bureau is opgeruimd door de andere gebruikers. De KO/KP neemt zijn dossiers/materiaal terug mee, tenzij men er over een afgesloten kast kan beschikken.
  - ✓ Wachtplaats met privacy. Niet in een ruimte met veel doorgaand verkeer(gang, lokaal waar mensen tijdelijk zijn..). Zoveel mogelijk respect voor anonimiteit.
2. Gratis, het is immers een dienstverlening voor de vindplaats. Of tegen zeer beperkte vergoeding.
  3. Internetverbinding.
  4. Een geconventioneerd KO/KP kan maximaal 20 uur op dezelfde standplaats of vestiging van een organisatie werken.

#### g. Huidig aanbod (Bijlage 1)

## 6. Actieplan

De budgettaire realiteit maakt ons duidelijk dat een antwoord bieden op alle noden onmogelijk is. Er werd een lijst opgemaakt van de gedetecteerde noden, doelgroepen en vindplaatsen op basis van verschillende bevragingen.

Op basis van deze informatie kunnen we een deductie maken om de middelen gericht te gaan gebruiken: **doelgroepen → noden → vindplaatsen.**

### Stappenplan:

1. We bepaalden 5 prioritaire doelgroepen namelijk: dak- en thuislozen, lagere middenklasse, mensen met migratieachtergrond, jongeren en jongvolwassenen en mensen in een financieel kwetsbare situatie.
2. De gedetecteerde noden worden afgetoetst aan deze doelgroepen.
3. Daarna bekijken we voor welke noden er reeds een aanbod bestaat. Indien er reeds een aanbod bestaat, zullen we deze niet via de conventie aanbieden. Zelfs indien het huidige aanbod beperkt, zetten we eerst in op de niet-ingevulde noden.
4. Daarna bepalen we de vindplaatsen waar deze doelgroepen komen.
5. Indien de middelen toereikend zijn, kunnen we nog bekijken welke overige noden die niet aan de prioritaire doelgroepen zijn gekoppeld, kunnen ingevuld worden en/of bij een beperkt bestaand aanbod dit uit te breiden.

Een ideaal scenario is om voor alle gedetecteerde noden een betaalbaar, goedkoop aanbod te voorzien naast een bestaand aanbod. Helaas zijn de huidige beschikbare middelen ontoereikend om dit scenario te verwezenlijken. Daarom is het belangrijk om op basis van (objectieve) criteria keuzes te maken.

De lokale coördinator zal de taak hebben om het aanbod nog meer te gaan afstemmen op de lokale noden door in gesprek te gaan met de eerstelijnszones, lokale besturen, huisartsen, psychiaters, psychologenkringen, ... Per gemeente kunnen verschillende noden worden ingevuld. Op basis van lokale gesprekken kunnen prioriteiten worden bepaald per gemeente/ELZ (afhankelijk ELPzorg of gespecialiseerde zorg).

Daarnaast zal de lokale coördinator ook het aanbod verder afstemmen op bestaande aanbod. De zorg moet geïntegreerd deel uitmaken van de bredere eerstelijnszorg. Belang om dialoog te voeren met verschillende instanties. De conventie heeft het in zich om het vrije ambulante aanbod beter te structureren door via overleg en informeren van de aanbieders hen de mogelijkheid te geven hun aanbod te gaan differentiëren en af te stemmen.

Op basis van bovenstaande deductie is het mogelijk om te bepalen of **een persoon in aanmerking komt voor de conventie**. Verwijzers kunnen op die manier eenvoudiger uitgelegd worden welke verwijzingen gepast kunnen gebeuren. Het is niet eenvoudig om dit te bewaken. De KO/KP zal een rol krijgen in het bewaken van de criteria.

Het lijkt aantrekkelijk om een onderscheid te gaan maken op grond van socio-economische status om aldus de financieel kwetsbaarste het meest te gaan bevoordelen in de uitrol van de conventie. Cliënten die in aanmerking komen voor verhoogde tegemoetkoming zouden zeker kunnen worden meegenomen. Evenwel wijst de conventie er op dat 'kwetsbaar' niet alleen op socio-economische maar ook op psychische gronden dient te worden gedefinieerd en het bovendien ook bijzonder moeilijk is deze socio-economisch zwakkeren objectief te gaan afbakenen.

#### *Hoogste prioriteit om overal te gaan werken*

Een evenwichtige verdeling volgens de behoeftes van de verschillende gemeentes is een van de hoekstenen van de conventie. Ons eerste uitgangspunt is om gebied dekkend te zijn. De lokale verdeling werd, op basis van de precariteitsindex, besproken en goedgekeurd. De gemeentes hebben recht op een bepaald aantal uren/week.

Voor de ELPzorg moet makkelijk bereikbaar zijn, dus in de buurt van de patiënt fysiek kunnen afspreken. Gespecialiseerde zorg idealiter ook, maar aangezien de middelen niet toereikend zijn schalen we dit op per regio ELZ.

#### *Wat doe je met KO/KP die later willen instromen en de middelen zijn op?*

Op basis van de oproep kan een poule van KO/KP samengesteld worden. De kandidaat dient aan een bepaalde opdracht gelinkt te worden. Bij overaanbod aan kandidaten werken met prioriteitsregels. We maken een wachtlijst op en nemen contact op bij uitval van KO/KP.

Voorstel: werken met tijdelijke samenwerkingsovereenkomsten. Bijvoorbeeld: contracten enkel tot 31/12/2022, daarna evaluatie waarna nieuwe mensen uit de wachtlijst kunnen instromen. Door te werken met tijdelijke contracten nemen we minder risico en kunnen we sneller starten.

Evaluatie: is de organisatie waar men een standplaats heeft tevreden, is de psycholoog tevreden over de standplaats, wordt het quotum aan uren gehaald dat afgesproken is voor een bepaalde standplaats, voldoet men aan de eisen voor intervisie, ...

*Kwaliteitsbewaking: nog aan te vullen*

### *Communicatie*

De psychologen/orthopedagogen zijn meestal al ingelicht via hun vakorganisaties. Organisaties die met gezondheidszorg of welzijn te maken hebben zijn meestal ook al ingelicht. Belangrijk om te duiden dat het beschikbare budget niet toereikend is om een terugbetaling van alle psychologische of orthopedagogische interventies mogelijk te maken. Het verspreiden van een brief (op basis van de open brief WINGG) op onze website zou deze perceptie deels kunnen corrigeren.

Er zou al een verdere stap kunnen gezet worden naar een (info) maar vooral **oproepmoment**.

Voor de **psychologen** kan via de psychologenkringen gewerkt worden. Die kunnen tijdelijk versterkt worden met de gekende zelfstandig orthopedagogen uit de regio. Op een bijeenkomst kan toelichting gegeven worden en kan een oproep gebeuren naar wie zich kandidaat wil stellen voor welke functies en op welke locaties.

Voor de **organisaties** kan op de ELZ opgeroepen worden wie een standplaats wil aanbieden en voor welke problematiek. Men kan ook gevraagd worden of men kiest voor een zelfstandig psycholoog of iemand in dienst wil nemen.

*Verwijzers goed informeren wat het verschil is tussen basiszorg en gespecialiseerde zorg. Is het realistisch om dit duidelijk te maken?*

Via de website kan in de rubriek 'verwijzer' worden geduïd wat we in het netwerk beschouwen als basiszorg en gespecialiseerde zorg. Een zorggebruiker hoeft hier niet mee bezig te zijn.

Als de doorverwijzers het niet weet is de afspraak om naar de ELP verwijzen. De KO/KP maakt vervolgens de inschatting. De KO/KP heeft de verantwoordelijkheid om te schakelen indien de verwijzing verkeerdelijk was.

*Momenteel is er een good practice samenwerking met de lokale besturen waarbij in de sociale huizen een ELP werkzaam is.*

Het is uitermate belangrijk om ons huidig aanbod in de OCMW centra te behouden en uit te breiden waar nog geen overeenkomst was.



## 7. Voorstel werving

- 1) Organiseren van een info-avond waarbij volgende aspecten worden toegelicht:
  - a. De principes van de conventie
  - b. De doelgroepen, thema's (noden) en vindplaatsen die wij als netwerk naar voren schuiven om prioritair op in te zetten.
  - c. De verdeling per gemeenten (eerstelijnszones).
  - d. De verwachting van de organisatie van groepssessies.
- 2) Met deze informatie kunnen geïnteresseerden gaan bepalen of men wil intekenen of niet.
- 3) Een formulier maken waarin deze lijnen staan uitgeschreven, waarop geïnteresseerden kunnen aangeven wat/waar ze kunnen aanbieden.
- 4) Keuzes maken.

Per ELZ of netwerkbreed?

Werken met offertes?

## 8. Aanvullende modaliteiten bij overeenkomst klinisch psychologen / orthopedagogen

Artikel 21 pagina 20 van de overeenkomst met de KO/KP laat het netwerk toe om aanvullende modaliteiten toe te voegen aan de overeenkomst.

→ vraag vanuit psychologencommissie om lidmaatschap commissie als vereiste toe te voegen (brief): standpunt netwerkco's: We nemen het niet op, maar kan onderdeel zijn van kwaliteitssysteem. Indien harde voorwaarde moest geweest zijn, moest het in de conventie gestaan hebben. Wel bevragen bij gesprekken met de psychologen. Aantonen hoe je aan kwaliteit werk (bv commissie), hoe je netwerk (bv kringen). Verantwoordelijkheid van de psycholoog zelf.

→ ZUID:

Bepaald in de conventie:

1. Minimum instappen voor aanbod 8u/week.
2. Bereid zijn om outreachend te werken in functie van cliënt
3. Bereid zijn om groepen aan te bieden.
4. Deelname aan intervisie en vorming georganiseerd door het netwerk.
5. Bereid zijn om multidisciplinair samen te werken.

Uitsluitingscriteria?

- Niet bereid tot outreachend werken (zowel in andere organisatie als huisbezoek).
- Niet bereid tot minimum 8u.
- Niet bereid tot groepswork. (streefdoel 70 individueel/30 groep).
- Enkel vzw's kunnen KOP/KP in loondienst nemen (dus niet bvb een coördinator van een groepspraktijk van psychologen).

- Indien de geconventioneerde KO/KP geen 3 x per jaar aan de officieel georganiseerde intervisie deelneemt, kan zijn accreditatie vervallen.

Voorrangsregels:

- Relevante ervaring in ELP zorg of gespecialiseerde zorg. Ja/gedeeltelijk/nee
- Relevante opleiding voor ELP zorg of gespecialiseerde zorg. Ja/gedeeltelijk/nee
- Ervaring met groepen Ja/gedeeltelijk/nee
- Opleiding voor bepaalde groepen Ja/gedeeltelijk/nee
- Concrete plannen voor welbepaalde groepstherapie. Ja/Neen
- Goede integratie/samenwerking met lokale verwijzers. Ja/gedeeltelijk/nee

Wie bepaalt de toepassing van de criteria bij overaanbod van psychologen of overvraging van vindplaatsen? Conflict of interest vermijden.

Coördinatoren? Vertegenwoordigers van verschillende geledingen van het netwerk? Inclusief zelfstandig psychologen? Om belangenconflicten te vermijden kan het belangrijk zijn dat vertegenwoordigers van een andere ELZ mee oordelen over specifieke vindplaatsen. Dus indien zelfstandig psychologen zouden betrokken worden, geen psychologen van zelfde ELZ die oordelen over toewijzing van standplaatsen aan collega's in die zone.

**Wie kan gespecialiseerde zorg aanbieden?** Specialisatie: aantonen via erkende opleiding of therapieopleiding → Voor wat betreft een aanbod in de gespecialiseerde zorg wordt een minimum van 3 jaar klinische ervaring vereist en het bewijs van het volgen of gevolgd hebben van een erkende langdurige gespecialiseerde opleiding.

Op basis van het portfolio kunnen we een toewijzing maken van de gespecialiseerde behandeling van aandoeningen.

**9. Nog mee te nemen aspecten:**

- Kader inzet ervaringsdeskundigen.
- Afstemming met WINGG