

VGGZ

Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg v.z.w.  
Maatschappelijke zetel VGGZ vzw: Groenplein 5 – 3500 Hasselt

# JAARVERSLAG

# 2006

Vorgelegd aan de Algemene Vergadering van 16 mei 2007.

## **Inhoudstafel:**

<b>1</b>	<b>VOORWOORD</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>MISSIE</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>SOCIAAL VERSLAG.</b>	<b>7</b>
3.1	Tabel 1: Aantal medewerkers per team en volgens geslacht	7
3.1	Tabel 2: Aantal personeelsleden per leeftijdscategorie	8
3.2	Tabel 3: Aantal personeelsleden per soort contract/ per team	8
3.3	Tabel 4: Aantal personeelsleden per jobtime / per team	9
3.4	Tabel 5: aantal medewerkers per doelgroep en functie	9
3.5	Totaal overzicht categorie medewerkers	10
<b>4</b>	<b>OPLEIDINGEN</b>	<b>11</b>
<b>5</b>	<b>OVERZICHT ACTIVITEITEN DOELGROEP VOLWASSENEN.</b>	<b>12</b>
5.1	Inleiding	12
5.2	Aantal cliënten (hoofd - en nevencliënten ) en aantal zorgperiodes	12
5.3	Herkomst	13
5.4	Aanmeldingsklacht	13
5.5	Diagnoses	14
5.6	Activiteiten	15
<b>6</b>	<b>OVERZICHT EPILEPSIEWERKING</b>	<b>15</b>
6.1	Inleiding	15
6.2	Aantal cliënten	16
6.3	Herkomst	17
6.4	Aanmelding	17
6.5	Diagnoses	17
6.6	Activiteiten	19
<b>7</b>	<b>OVERZICHT FORENSISCHE HULPVERLENING</b>	<b>21</b>

<b>7.1</b>	<b>Aantal cliënten ( hoofd - en nevencliënten) en aantal zorgperiodes</b>	<b>21</b>
<b>7.2</b>	<b>Herkomst</b>	<b>21</b>
<b>7.3</b>	<b>Aanmeldingsklacht</b>	<b>21</b>
<b>7.4</b>	<b>Diagnoses</b>	<b>22</b>
<b>7.5</b>	<b>Activiteiten</b>	<b>23</b>
<b>7.6</b>	<b>Samenwerking met justitie</b>	<b>24</b>
<b>8</b>	<b>OVERZICHT ACTIVITEITEN DOELGROEP KINDEREN.</b>	<b>25</b>
<b>8.1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>25</b>
<b>8.2</b>	<b>Algemene werking</b>	<b>25</b>
<b>8.3</b>	<b>Herkomst</b>	<b>25</b>
<b>8.4</b>	<b>Aanmeldingsklacht</b>	<b>26</b>
<b>8.5</b>	<b>Diagnoses</b>	<b>26</b>
<b>8.6</b>	<b>Activiteiten</b>	<b>28</b>
<b>8.7</b>	<b>Samenwerkingsverbanden</b>	<b>28</b>
<b>9</b>	<b>OVERZICHT ACTIVITEITEN DOELGROEP CATEGORIALE.</b>	<b>29</b>
<b>9.1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>29</b>
<b>9.2</b>	<b>Curatieve werking</b>	<b>29</b>
9.2.1	aantal cliënten (hoofd- en nevencliënten ) en aantal zorgperiodes	29
9.2.2	Herkomst	30
9.2.3	Aanmeldingsklacht	30
9.2.4	Diagnoses	31
9.2.5	Activiteiten	32
<b>9.3</b>	<b>PREVENTIEWERK IN CIJFERS</b>	<b>32</b>
<b>9.4</b>	<b>Projecten</b>	<b>34</b>
<b>9.5</b>	<b>Samenwerkingsverbanden</b>	<b>34</b>
<b>10</b>	<b>OVERZICHT SAMENWERKINGSVERBANDEN</b>	<b>35</b>
<b>10.1</b>	<b>Formele overeenkomst</b>	<b>35</b>
<b>10.2</b>	<b>Functionele samenwerking</b>	<b>35</b>
<b>10.3</b>	<b>Overzicht overlegstructuren</b>	<b>35</b>
<b>11</b>	<b>KWALITEITSBELEID</b>	<b>36</b>
<b>11.1</b>	<b>Wachttijden</b>	<b>36</b>

<b>11.2</b>	<b>Instroom</b>	<b>37</b>
<b>11.3</b>	<b>Drop-out procedure: effect of niet ?</b>	<b>38</b>
<b>11.4</b>	<b>Doelstellingen 2007.</b>	<b>40</b>

# 1 Voorwoord

Dagelijks worden in Vlaanderen de Centra Geestelijke Gezondheidszorg geconfronteerd met zorgvragen die niet alleen toenemen in kwantiteit maar zeer zeker ook in complexiteit.

Voor de vzw Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg is dit niet anders.

De ervaring om met eigen menselijke deskundigheid te mogen helpen bij mensen die in een noodsituatie terecht komen is en blijft ondanks alles een unieke aangelegenheid.

Hoogstaande kwalitatieve dienstverlening voorzien in een voortdurende veranderende maatschappij is en blijft dan ook de boodschap en onze interne opdracht.

Dit kan maar als er voorzien wordt in goede huisvesting, degelijke opgeleide professionals en een efficiënte teamworking en dit over de grenzen heen van de vzw Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg met andere zorgverstrekkers.

Spijtig genoeg moet wij zowel als bestuur ,directie, medewerker en ook als patiënt ervaren en erkennen dat er binnen de zorgregio Hasselt het realiseren van een degelijk huisvesting voor de social-profit niet zo evident is.

Zo heeft het provinciebestuur de boodschap gegeven dat het kinderteam MOB tegen september 2008 het gebouw aan de Stadsomvaart zal moeten verlaten. Tot nog toe zonder een alternatief in het vooruitzicht te stellen.

Ook de planning om een nieuwbouw te realiseren op de huidige vestiging Groenplein te Hasselt verloopt niet zoals het zou moeten verlopen.

Op dit moment is het binnen de zorgregio Hasselt onduidelijk waar mensen, zowel volwassenen alsook kinderen en anderen zorgvragers, in de nabije toekomst terecht moeten.

Dit in tegenstelling met de zorgregio Tongeren waar in 2005 een volledige nieuwbouw werd gerealiseerd zonder noemenswaardige problemen.

Ten slotte een woord van dank aan het bestuur, de directie en alle medewerkers die het voorbije jaar met volle inzet steeds het gevraagde kwaliteitswerk geleverd hebben.

We hopen dat u in het globale aanbod heel wat interessante informatie ontdekt en wensen u veel leesgenot.

Namens de Raad van Bestuur VGGZ vzw

M. Claes  
Voorzitter

## 2 Missie

De VGGZ (Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg) zal aan iedere hulpvrager, zonder onderscheid van leeftijd of geslacht, van ideologische, filosofische of godsdienstige overtuiging, verantwoorde zorg bieden met het oog op het herstel van het psychisch evenwicht of het draaglijk maken van psychische stoornissen voor cliënten en hun leefomgeving, opdat aldus cliënten competenties verwerven of ontwikkelen die de basis vormen voor hun emancipatie en hun maatschappelijk geïntegreerd functioneren.

De hulpverlening is gebaseerd op respect voor de persoonlijke levenssfeer van de cliënt. Zij zal maximaal een beroep doen op de medeverantwoordelijkheid en de zelfredzaamheid van de cliënt en zo gebruik maken van de minst ingrijpende behandeling om ten aanzien van de vastgestelde problematiek het gewenste effect zo maximaal mogelijk te bereiken. Elke cliënt heeft recht op respectvolle aandacht voor zijn persoon, zijn hulpvraag en zijn visie daarop. Binnen de context van de cliënt dient er voortdurend gezocht te worden naar de betekenis en de invloed van bepaalde gedragingen en cognities.

Elke cliënt heeft recht op informatie over en inspraak in de vooropgestelde hulpverlening. Elk kind/jongere heeft er recht op dat zijn ouders (rechtstreeks of onrechtstreeks) bij de hulpverlening betrokken worden. Hij/zij heeft binnen bepaalde en besprekbare grenzen ook het recht dit te weigeren.

Binnen de teamwerking en binnen de wettelijke begrenzings heeft de hulpverlener recht op zijn/haar autonomie en deskundig handelen. Elke hulpverlener respecteert te allen tijde de Rechten van het Kind en de Rechten van de Mens (cfr. art. 5 + 6 van het Decreet betreffende de GGZ, dd. 99-05-18).

Doelstelling van de hulpverlening is het handhaven en het bevorderen van de geestelijke gezondheid van de cliënt. Het herstellen van de geestelijke gezondheid, het opheffen van stagnaties die de ontplooiing belemmeren, zodat ontwikkeling en (leeftijdsadequaat) functioneren (weer) mogelijk worden. Het draaglijk maken en houden van psychische/psychiatrische problematieken. Behandeling kan voornamelijk gericht zijn op voorkomen van verdere achteruitgang, op het bewerkstelligen van een optimale ontwikkeling binnen gegeven beperkingen van cliënt en zijn omgeving.

### 3 Sociaal verslag.

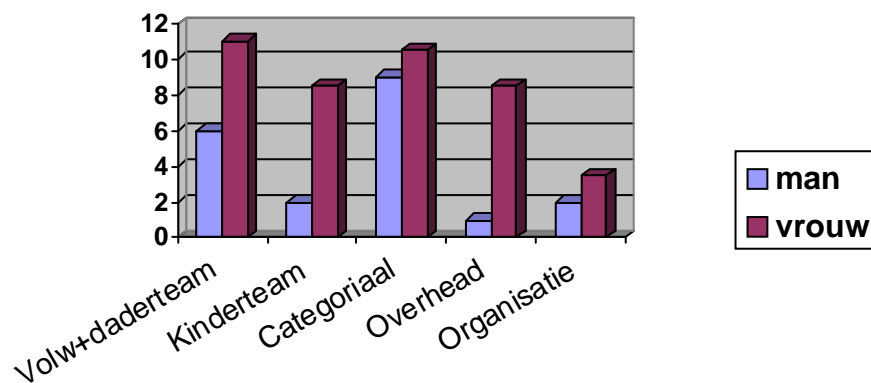
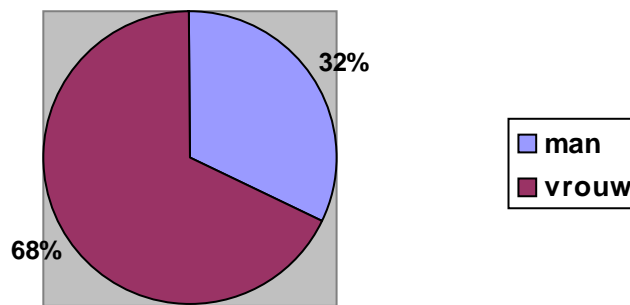
#### 3.1 Tabel 1: Aantal medewerkers per team en volgens geslacht

Volwassenenteam + Dadersteam		Kinderteam		Categoriaal		Overhead		Organisatie VGGZ	
Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
6p	11p	2p	8,5p	9p	10,5p	1p	8,5p	2p	3,5p
Totaal aantal mannen: <b>20p</b> Totaal aantal vrouwen: <b>42p</b> Totaal aantal personen: <b>62p</b>									

Overhead: onthaal en secretaresses

Organisatie: directie, staffuncties (boekhouding, personeelsdienst, I.T., teamc.) en onderhoud

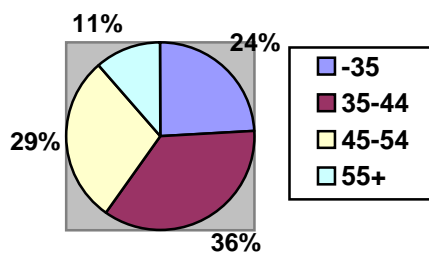
#### Medewerkers per geslacht - VGGZ



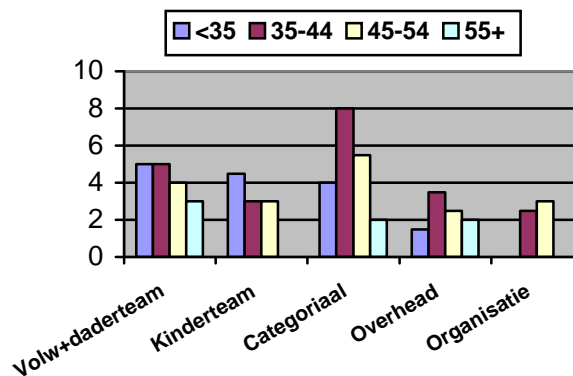
### 3.1 Tabel 2: Aantal personeelsleden per leeftijdscategorie

Volwassenenteam + Dadersteam		Kinderteam		Categoriaal		Overhead		Organisatie VGGZ	
-35=	5	-35=	4,5	-35=	4	-35=	1,5	-35=	0
35-44=	5	35-44=	3	35-44=	8	35-44=	3,5	35-44=	2,5
45-54=	4	45-54=	3	45-54=	5,5	45-54=	2,5	45-54=	3
+55=	3	+55=	0	+55=	2	+55=	2	+55=	0
Totaal - 35 = 15									
Totaal 35 - 44 = 22									
Totaal 45 - 54 = 18									
Totaal +55 = 7									

Werkenemers per leeftijdscategorie - VGGZ



Werknemers per leeftijdscategorie per vestiging



### 3.2 Tabel 3: Aantal personeelsleden per soort contract/ per team

Volwassenenteam + Dadersteam	Kinderteam	Categoriaal	Overhead	Organisatie VGGZ
Onbep. duur = 17	Onbep. duur = 9	Onbep. duur = 17	Onbep. duur = 9	Onbep. duur = 4,5
Bepaalde duur = 0	Bepaalde duur = 1,5	Bepaalde duur = 1	Bepaalde duur = 0	Bepaalde duur = 1
Vervanging = 0	Vervanging = 0	Vervanging = 1,5	Vervanging = 0,5	
Totaal contracten onbepaalde duur = 56,5				
Totaal contracten bepaalde duur = 3,5				
Totaal contracten vervanging = 2				
Totaal aantal contracten 62				

### 3.3 Tabel 4: Aantal personeelsleden per jobtime / per team

Volwassenenteam + Daderteam		Kinderteam		Categoriaal		Overhead		Organisatie VGGZ	
10,52%	= 1	50%	= 6,5	30%	= 0,5	10%	= 0,5	25%	= 1
15,78%	= 1	80%	= 1	40%	= 0,5	50%	= 5	50%	= 3,5
21,05%	= 1	100%	= 3	42,10%	= 1	75%	= 2	100%	= 1
50%	= 11			50%	= 6,5	80%	= 1		
100%	= 3			75%	= 1	100%	= 1		
				80%	= 4				
				100%	= 6				
Totaal 10% = 0,5p = 0,81%									
Totaal 10,52% = 1p = 1,61%									
Totaal 15,78% = 1 p = 1,61%									
Totaal 21,05% 1 p = 1,61%									
Totaal 25% = 1 p = 1,61%									
Totaal 30% = 0,5p = 0,81%									
Totaal 40% = 0,5p = 0,81%									
Totaal 42,10% = 1p = 1,61%									
Totaal 50% = 32,5p = 52,42%									
Totaal 75% = 3 p = 4,84%									
Totaal 80% = 6 p = 9,68%									
Totaal 100% = 14 p = 22,58%									

### 3.4 Tabel 5: aantal medewerkers per doelgroep en functie

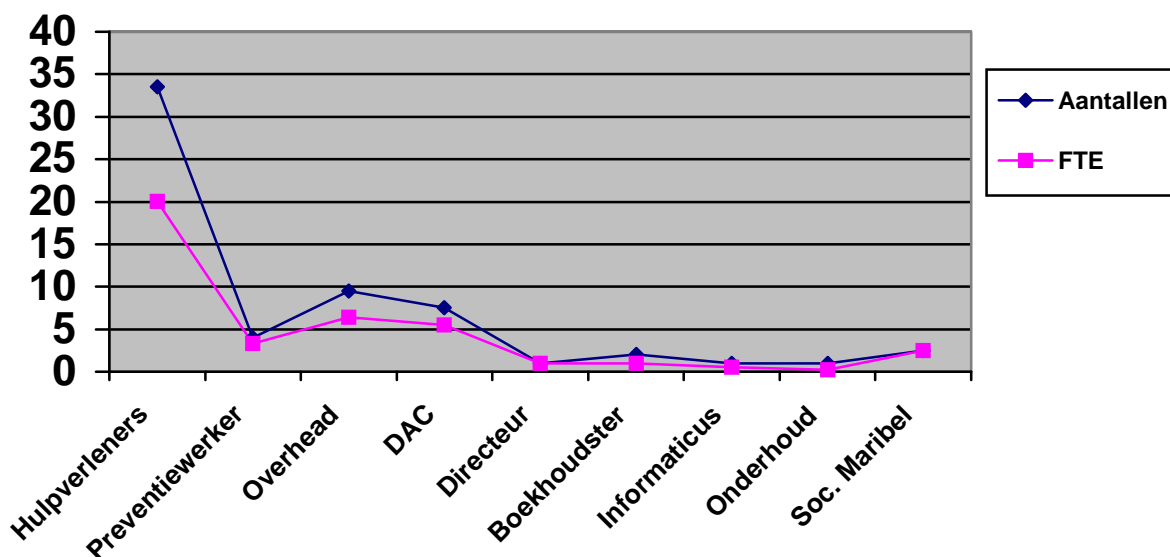
Volwassenenteam + daderteam	Functie	VTE	Aantal	Procentueel
	Hulpverlener	7,97	16	74,35%
	Overhead	2,75	4	25,65%
	<b>Totaal</b>	<b>10,72</b>	<b>20</b>	<b>100,00%</b>
	Sociale Maribel hulpverlening	1	1	
<b>Kinderteam</b>				
	Hulpverlener	6,80	10	79,53%
	Overhead	1,75	2,5	20,47%
	<b>Totaal</b>	<b>8,55</b>	<b>12,5</b>	<b>100,00%</b>
	Sociale Maribel administratie	0,5	0,5	
<b>Categoriaal</b>				
	Hulpverlener	5,27	7,5	50,33 %
	Preventiewerkers	3,3	4	31,52 %
	Overhead	1,9	3	18,15 %
	<b>Totaal</b>	<b>10,47</b>	<b>14,5</b>	<b>100,00%</b>
	Sociale Maribel administratie	0,5	0,5	
MSOC/CAD regularisatie	DAC hulpverlening	1,2	1,5	
	DAC administratie	4,3	6	

Organisatie VGGZ	Functie	VTE	Aantal	Procentueel
	Directeur	1	1	36,36%
	Boekhouding	1	2	36,36%
	Informaticus	0,5	1	18,18%
	Onderhoud	0,25	1	9,09%
	<b>Totaal</b>	<b>2,75</b>	<b>5</b>	<b>100,00%</b>
	Sociale Maribel personeelsadministratie	0,5	0,5	

### 3.5 Totaal overzicht categorie medewerkers

Functieomschrijving	Aantallen	Financieringsbron	FTE	%
Hulpverlener	33,5	Vlaamse Overheid	20,04	52,75%
Preventiewerker	4	Vlaamse Overheid	3,3	8,69 %
Overhead	9,5	Vlaamse Overheid	6,40	16,85%
DAC	7,5	Vlaamse Overheid	5,5	14,48 %
Directeur	1	Vlaamse Overheid	1	2,63 %
Boekhouding	2	Vlaamse Overheid	1	2,63 %
Informaticus	1	Vlaamse Overheid	0,5	1,32 %
Onderhoud	1	Vlaamse Overheid	0,25	0,66%
<b>Totaal</b>	<b>59,5</b>	Vlaamse Overheid	<b>37,99</b>	<b>100,00%</b>
Sociale Maribel	2,5	Fonds Sociale Maribel	2,5	
<b>Totaal VGGZ vzw</b>	<b>62</b>		<b>40,49</b>	

### Aantallen en FTE per categorie medewerkers



## 4 OPLEIDINGEN

In 2006 werd er in totaal 5.930,18 € aan opleiding geïnvesteerd. De km- vergoeding en arbeidsloon werden hierin niet meegerekend. Het betreft hier uitsluitend de kosten die gekoppeld zijn aan het inschrijvingsgeld van de gevolgde opleidingen. Dit is een gemiddelde van 95,65 € per persoon.

Uitgesplitst naar de verschillende kostenplaats geeft dit het volgende resultaat:

- Medewerkers therapeuten met een Master: 2.113,93 €
- Medewerkers therapeuten met een Bachelor: 1.032 €
- Psychiaters: 513,4 €
- Staf (boekhouding, personeelsdienst, ICT...): 1079,5 €
- Directie / teamcoördinatoren: 612,35 €
- Algemeen (diversiteitsplan, Alden Biezen, Teamdagen...): 576 €

## 5 OVERZICHT ACTIVITEITEN DOELGROEP VOLWASSENEN.

### 5.1 Inleiding

Het volwassenenteam van de Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg heeft twee vestigingsplaatsen: Tongeren ( Hennisstraat 17 ) en Hasselt ( Groenplein 5).

Inhoudelijk kunnen we de werking opsplitsen in drie delen:

- Algemene werking volwassenenteam.
- Epilepsie werking.  
Epilepsiecliënten zijn binnen de VGGZ een specifieke doelgroep. Dit kadert binnen de werking van de provinciale afdeling van de Vlaamse Liga tegen Epilepsie.
- Forensische werking.  
Het forensisch cliënteel binnen de volwassenenwerking is eveneens een specifieke doelgroep en omvat hulpverlening aan daders van seksueel grensoverschrijdend gedrag ( vroegere convenant daderhulp) en andere hulpverlening binnen een justitieel kader.

Binnen het totale volwassenenteam bereikten we 932 hoofdcliënten (2005: 929) en 60 nevencliënten (2005: 58).

81,22% consulteerde de algemene werking, 14,59% meldde zich aan bij de forensische werking en 4.18% was voor de epilepsiewerking bestemd. Vooral de doelgroep volwassenen (18 jaar - 59 jaar) consulteerde ons (91,05% ) en in veel mindere mate de ouderen ( 60 jaar en ouder), nl. 8.3%. We zagen nauwelijks jongeren(- 18 jaar).

### 5.2 Aantal cliënten (hoofd - en nevencliënten ) en aantal zorgperiodes

In 2006 hebben we in de algemene werking van het volwassenenteam 757 cliënten gezien (2005: 794) en 771 zorgperiodes (2005: 806) voorzien, waarvan 42,8% nieuwe zorgperiodes betreft (48% in 2005).

Tabel 1: *Aantal Personen, Zorgperiodes \*\* bij Hoofdcliënten \*\*\* en Nevencliënten actief \*\*\*\* in 2006*

	Personen		Zorgperiodes		Nevencliënten	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Oud *	--	--	441	57,20	29	63,04
Nieuw	--	--	330	42,80	17	36,96
<b>Totaal</b>	<b>757</b>	<b>--</b>	<b>771</b>	<b>100,00</b>	<b>46</b>	<b>100,00</b>

\* Oud = eerste FTF-gesprek van zorgperiode vond plaats vóór 2006

\*\* Het gaat hierbij om 757 "unieke" personen, waarvan er 14 in 2006 twee zorgperiodes lopen hadden.

Bv. bij 1 persoon een behandeling in maart, die eindigt in april en een behandeling in september die nog lopend is op 31/12/2005.

Vandaar komen we aan 771 zorgperiodes voor 757 mensen.

Alle volgende tabellen gaan steeds over (aantal) zorgperiodes, enkel bij hoofdcliënten.

\*\*\* Zorgperiodes bij hoofdcliënten. Hoofdcliënten zijn cliënten op wiens problematiek de behandeling gericht is. In het kader daarvan kunnen één of meerdere nevencliënten

gezien worden. Deze worden minimaal geregistreerd ter verlichting van de registratielast.

\*\*\*\* Actief betekent: er is minimum één activiteit geweest in 2006. Andere selectiecriteria zijn:

Eerste FTF vindt plaats voor 1/1/2006 en Administratieve einddatum valt na 31/12/2005 of is leeg

(wat wil zeggen dat zorgperiode op 31/12/2005 nog niet was afgesloten.)

Er is tot op heden geen gestandaardiseerde selectie van cliënten en zorgperiodes in het

programma Arcade. Dit kan aanleiding geven tot andere resultaten indien deze cijfers

vergeleken zouden worden met bv. die van overheid.

### 5.3 Herkomst

De overgrote meerderheid van de cliënten komt uit de regio, waarbinnen de VGGZ werkzaam is. 5,7% komt van buiten de regio (2005: 7,4%). Het gaat meestal om cliënten die omwille van praktische omstandigheden (werk , school) gemakkelijker kunnen worden geholpen binnen onze regio.

Tabel 2: herkomst cliënt

Woonplaats	Jongere	Volwassene	Oudere	Onbekend	Totaal	%
Binnen regio VGGZ	0	660	60	3	723	93,77
Buiten regio VGGZ	2	39	3	0	44	5,71
Onbekend	0	3	1	0	4	0,52
<b>Totaal</b>	<b>2</b>	<b>702</b>	<b>64</b>	<b>3</b>	<b>771</b>	<b>100,00</b>

### 5.4 Aanmeldingsklacht

37,87 % van onze cliënten melden zich aan met psychische problemen (gelijkaardig in 2005), 16,36% komt omwille van interactieproblemen (gelijkaardig in 2005) en  $\pm$  12,73% vermeldt verwerkingsproblemen (8% in 2005). We krijgen ook nog somatische klachten (5,15%) en 6,97% heeft gedrags- en/of sociale problemen.

Tabel 3: aanmeldingsklacht

Aanmeldingsklacht	J	V	O	Onb.	Totaal
GEEN KLACHTEN	0	6	1	0	7
B.T. LICHAMELIJK - FYSIOLOGISCH FUNCTIONEREN	0	16	0	1	17
PSYCHISCHE PROBLEMEN	0	114	11	0	125
KLACHTEN M.B.T. REALITEITSCONTROLE	0	4	1	0	5
GEDRAGSPROBLEMEN	1	10	0	0	11
INTERACTIEPROBLEMEN	0	50	4	0	54
ONTWIKKELINGSPROBLEMEN	0	2	0	0	2
MAATSCHAPPELIJKE PROBLEMEN/SOCIALE INSCHAKELING	0	12	0	0	12
SLACHTOFFERSCHAP	0	3	0	0	3
VERWERKINGSPROBLEMEN	0	39	3	0	42
VERSLAVINGSPROBLEMEN	0	1	0	0	1
SPECIFIEKE MODALITEIT	0	10	0	0	10
ANDER PROBLEEM	0	3	0	0	3
ONBEKEND	0	34	3	1	38
<b>Totaal</b>	<b>1</b>	<b>304</b>	<b>23</b>	<b>2</b>	<b>330</b>

## 5.5 Diagnoses

Op As 1 van de DSM vinden we dezelfde tendensen als voorgaande werkjaren : 33,5% stemmingsstoornissen (voornamelijk depressies en dysthyme stoornissen), 21,85% andere problemen met o.a. relationele moeilijkheden, 10% angststoornissen en 8,8% aanpassingsstoornissen .

Op As 2 van de DSM zijn alle categorieën van de persoonlijkheidsstoornissen nagenoeg vertegenwoordigd met daarin als belangrijkste : borderline (9,5%), NAO (12,1%), afhankelijke (6,9%) en obsessief-compulsieve (3%) persoonlijkheidsstoornis. Voor 37,5% van onze cliënten werd geen persoonlijkheidsstoornis gescoord en voor 15,5% werd de diagnose uitgesteld.

Tabel 4: DSM- diagnose As 1

DSM IV - as 1 Hoofddiagnose	Jong.	Volw.	Ouderen	Onb.	Totaal	%
STOORNISSEN DIE MEESTAL OP KINDERLEEFTIJD GEDIAGN. WORDEN	0	10	0	0	10	1,30
DELIRIUM, DEMENTIE EN AMNESTISCHE EN ANDERE COGN. STOORN.	0	0	0	0	0	0,00
PSYCHISCHE STOORNISSEN DOOR EEN SOMATISCHE AANDOENING	0	4	0	0	4	0,52
AAN EEN MIDDEL GEBONDEN STOORNISSEN	0	29	3	0	32	4,15
SCHIZOFRENIE EN ANDERE PSYCHOTISCHE STOORNISSEN	0	24	4	0	28	3,63
STEMMINGSSTOORNISSEN	0	250	18	0	268	34,76
ANGSTSTOORNISSEN	0	61	8	0	69	8,95
SOMATOFORME STOORNISSEN	0	9	3	0	12	1,56
NAGEBOOTSTE STOORNISSEN	0	0	0	0	0	0,00
DISSOCIATIEVE STOORNISSEN	0	0	0	0	0	0,00
SEKSUELE EN GENDERIDENTITEITSSTOORNISSEN	0	2	2	0	4	0,52
EETSTOORNISSEN	0	12	0	1	13	1,69
SLAAPSTOORNISSEN	0	0	1	0	1	0,13
STOORNISSEN IN DE IMPULSBEHEERSING	0	18	1	1	20	2,59
AANPASSINGSSTOORNISSEN	0	40	4	0	44	5,71
ANDERE AANDOENINGEN / PROBL. DIE EEN REDEN VOOR ZORG KUNNEN ZIJN	1	155	16	1	173	22,44
GEEN DIAGNOSE OF AANDOENING OP AS 1	0	66	3	0	69	8,95
DIAGNOSE UITGESTELD	1	22	1	0	24	3,11
<b>TOTAAL</b>	<b>2</b>	<b>702</b>	<b>64</b>	<b>3</b>	<b>771</b>	<b>100,00</b>

Tabel 5: DSM- diagnose As 2

As2	Jong.	Volw.	Ouderen	Onb.	Totaal	%
<b>ZWAKZINNIGHEID</b>						
Lichte zwakzinnigheid	0	1	1	0	2	0,26
Matige zwakzinnigheid	0	2	0	0	2	0,26
Ernstige zwakzinnigheid	0	1	0	0	1	0,13
Diepe zwakzinnigheid	0	0	0	0	0	0,00
Zwakzinnigheid, ernst niet gespecificeerd	0	2	1	0	3	0,39
<b>PERSOONLIJKHEIDSTOORNIS</b>						0,00
Schizotypische persoonlijkheidsstoornis	0	3	0	0	3	0,39
Paranoide persoonlijkheidsstoornis	0	1	2	0	3	0,39
Schizoïde persoonlijkheidsstoornis	0	8	0	0	8	1,04
Antisociale persoonlijkheidsstoornis	0	11	1	0	12	1,56
Borderline persoonlijkheidsstoornis	0	74	0	0	74	9,60
Theatrale persoonlijkheidsstoornis	0	12	1	0	13	1,69
Obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis	0	20	7	0	27	3,50
Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis	0	11	0	0	11	1,43

Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis	0	32	3	0	35	4,54
Narcistische persoonlijkheidsstoornis	0	15	3	0	18	2,33
Persoonlijkheidsstoornis NAO	0	69	10	0	79	10,25
<b>ANDERE CODES (ZWAKBEGAAFD / (NOG) GEEN DIAGNOSE)</b>						
Zwakbegaafdheid	0	26	1	0	27	3,50
Diagnose op As II uitgesteld	0	148	6	1	155	20,10
Geen diagnose op As II	2	266	28	2	298	38,65
<b>Totaal</b>	<b>2</b>	<b>702</b>	<b>64</b>	<b>3</b>	<b>771</b>	<b>100,00</b>

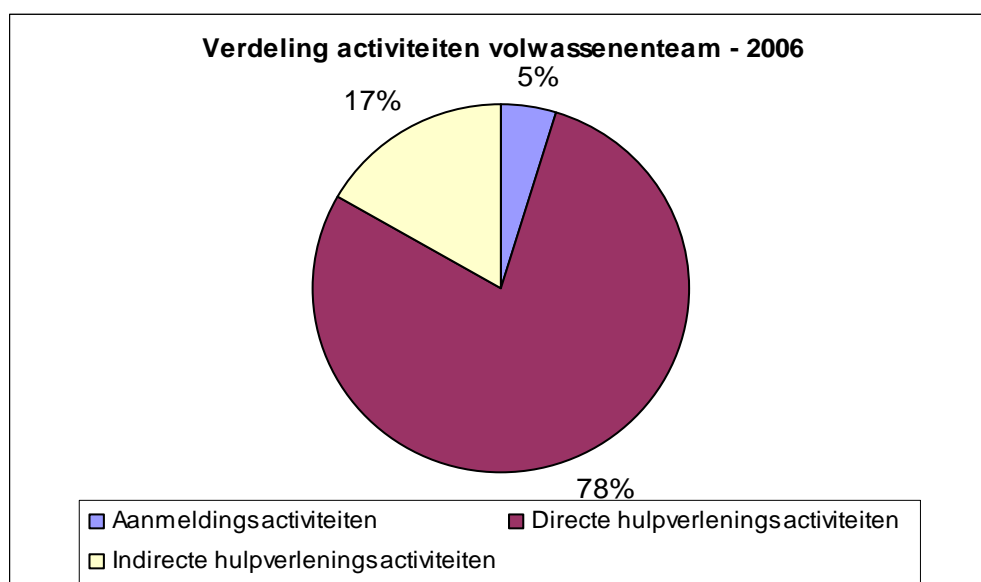
## 5.6 Activiteiten

78% van onze activiteiten omvatten directe hulpverlening, waarvan 71.8% behandeling/begeleiding betreft. 17% behelst indirecte hulpverleningsactiviteiten, met als voornaamste teambespreking (10,3%).

Tot slot scoren activiteiten m.b.t. de aanmelding van de cliënt 5%.

De verdeling in 2006 was zeer gelijkaardig.

Tabel 6: verdeling activiteiten in hoofdcategorie.



## 6 OVERZICHT EPILEPSIEWERKING

### 6.1 Inleiding

De werking van de provinciale afdeling van de Vlaamse Liga tegen Epilepsie (V.L.E.) omvat een drietal hoofdaccenten :

- de curatieve werking :

Dit is de psychosociale begeleiding van mensen met epilepsie, hun familieleden en de omgeving. Indien nodig kan hier beroep gedaan worden op de multidisciplinaire aanpak door het team van het CGG VGGZ.

Voor de medische problematiek wordt steeds terug verwezen naar de behandelende geneesheer. Gezien de sterke interferentie tussen het medische en het psychosociale

bij de epilepsieproblematiek, gebeurt de begeleiding steeds in nauwe samenwerking met behandelend neuroloog, huisarts, ...

- de consultatieve werking :

Enerzijds ligt het accent hier op de adviserende functie naar hulpverleners van andere diensten, instellingen, ... die moeilijkheden hebben rond de begeleiding van mensen met epilepsie. Anderzijds pogen we een katalysator te zijn in het helpen uitbouwen van occasionele of permanente samenwerkingsverbanden om een zo optimaal mogelijke zorgcoördinatie en netwerkontwikkeling na te streven.

- de preventieve werking :

Dit werkingsonderdeel blijft één van de voornaamste taken van de Liga.

Spijtig genoeg kan men dit soms zeer arbeidsintensief onderdeel moeilijk of niet in statistische gegevens gieten.

Ter verduidelijking deze beeldspraak : "Het was een heerlijk feestmaaltijd, maar we staan zelden stil met wat eraan voorafging !"

De ervaring leert ons dat het geven van juiste en vooral duidelijke informatie rond het verschijnsel epilepsie een dubbel effect heeft :

- a) de dienst heeft een gezicht gekregen waar men met vragen en problemen terecht kan
- b) deze eerste contactname werkt drempelverlagend naar een eventueel latere hulpvraag.

Om onze werking te realiseren kunnen we beroep doen op de vrijwillige medewerking van neurologen, huisartsen en de leden van de provinciale contactgroep Epi-centrum.

Al naargelang de aard van de preventieactiviteit trachten we het didactisch materiaal te laten aansluiten met de hulpvraag van de te bereiken doelgroep.

Naast folders, film en videobanden beschikken we over een minitontoonstelling om het brede publiek kennis te laten maken met het verschijnsel epilepsie.

## 6.2 Aantal cliënten

Tabel 1: *Aantal Personen, Zorgperiodes \*\* bij Hoofdccliënten \*\*\* en Nevencliënten actief \*\*\*\* in 2006*

	Personen		Zorgperiodes		Nevencliënten	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Oud *	--	--	25	64,10	4	28,57
Nieuw	--	--	14	35,90	10	71,43
<b>Totaal</b>	<b>39</b>	<b>--</b>	<b>39</b>	<b>100,00</b>	<b>14</b>	<b>100,00</b>

\* Oud = eerste FTF-gesprek van zorgperiode vond plaats vóór 2006

\*\* Het gaat hierbij om 39 "unieke" personen, waarvan er 0 in 2006 twee zorgperiodes lopen hadden.

Bv. bij 1 persoon een behandeling in maart, die eindigt in april en een behandeling in september die nog lopend is op 31/12/2005.

Vandaar komen we aan 39 zorgperiodes voor 39 mensen.

Alle volgende tabellen gaan steeds over (aantal) zorgperiodes, enkel bij hoofdccliënten.

\*\*\* Zorgperiodes bij hoofdccliënten. Hoofdccliënten zijn cliënten op wiens problematiek de behandeling gericht is. In het kader daarvan kunnen één of meerdere nevencliënten

gezien worden. Deze worden minimaal geregistreerd ter verlichting van de registratielast.

\*\*\*\* Actief betekent: er is minimum één activiteit geweest in 2006. Andere selectiecriteria zijn:

Eerste FTF vindt plaats voor 1/1/2006 en Administratieve einddatum valt na 31/12/2005 of is leeg

(wat wil zeggen dat zorgperiode op 31/12/2005 nog niet was afgesloten.)

Er is tot op heden geen gestandaardiseerde selectie van cliënten en zorgperiodes in het programma Arcade. Dit kan aanleiding geven tot andere resultaten indien deze cijfers vergeleken zouden worden met bv. die van overheid.

Het totale aantal behandelde dossiers in 2006 bedraagt 39, waarbinnen we 14 nieuwe aanmeldingen noteren (2005: 5).

We zien echter steeds vaker telefonische en schriftelijke hulpverlening aan mensen die (anoniem) antwoord willen op hun vaak complexe vragen. We noteerden afgelopen werkjaar 76 personen die op dergelijke wijze beroep deden op onze diensten.

Daarnaast waren er nog tussenkomsten bij x cliënten zonder dossier.

### 6.3 Herkomst

We krijgen cliënten vanuit de hele provincie.

Tabel 2: herkomst cliënt

Woonplaats	Jongere	Volwassene	Oudere	Onbekend	Totaal	%
Binnen Limburg	5	31	2	0	38	97,44
Buiten Limburg	0	1	0	0	1	2,56
Onbekend	0	0	0	0	0	0,00
<b>Totaal</b>	<b>5</b>	<b>32</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>39</b>	<b>100,00</b>

### 6.4 Aanmelding

64% van het cliënteel meldt zich aan met problemen m.b.t. het lichamelijk fysiologisch functioneren.

Aanmeldingsklacht	J	V	O	Onb.	Totaal
GEEN KLACHTEN	0	1	0	0	1
B.T. LICHAMELIJK - FYSIOLOGISCH FUNCTIONEREN	3	6	0	0	9
PSYCHISCHE PROBLEMEN	0	1	0	0	1
KLACHTEN M.B.T. REALITEITSCONTROLE	0	0	0	0	0
GEDRAGSPROBLEMEN	0	0	0	0	0
INTERACTIEPROBLEMEN	0	0	0	0	0
ONTWIKKELINGSPROBLEMEN	0	0	0	0	0
MAATSCHAPPELIJKE PROBLEMEN/SOCIALE INSCHAKELING	0	1	0	0	1
SLACHTOFFERSCHAP	0	0	0	0	0
VERWERKINGSPROBLEMEN	0	0	0	0	0
VERSLAVINGSPROBLEMEN	0	0	0	0	0
SPECIFIEKE MODALITEIT	0	0	0	0	0
ANDER PROBLEEM	0	0	0	0	0
ONBEKEND	0	2	0	0	2
<b>Totaal</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>14</b>

### 6.5 Diagnoses

As 1 noteren we 5,13% andere aandoeningen/problemen die een reden van zorg kunnen zijn , 7,69% aanpassingsstoornissen, 15,38% stemmingsstoornissen en 5,13% psychische stoornissen door een somatische aandoening.

Op As 2 noteren we voor 61,7% van de cliënten geen diagnose, voor 12,8% Zwakbegaafdheid.

Overigens scoren we nog een aantal persoonlijkheidsstoornissen: theatrale, obsessieve-compulsieve, afhankelijke persoonlijkheidsstoornissen, ....

Op As 3 vinden we uiteraard diverse diagnoses die verband houden met het verschijnsel epilepsie.

Tabel 4: DSM IV – as 1 hoofddiagnose

DSM IV - as 1 Hoofddiagnose	Jong.	Volw.	Ouderen	Onb.	Totaal	%
STOORNISSEN DIE MEESTAL OP KINDERLEEFTIJD GEDIAGN. WORDEN	1	0	0	0	1	2,56
DELIRIUM, DEMENTIE EN AMNESTISCHE EN ANDERE COGN. STOORN.	0	0	0	0	0	0,00
PSYCHISCHE STOORNISSEN DOOR EEN SOMATISCHE AANDOENING	0	2	0	0	2	5,13
AAN EEN MIDDEL GEBONDEN STOORNISSEN	0	1	0	0	1	2,56
SCHIZOFRENIE EN ANDERE PSYCHOTISCHE STOORNISSEN	0	0	0	0	0	0,00
STEMMINGSSTOORNISSEN	0	6	0	0	6	15,38
ANGSTSTOORNISSEN	0	2	0	0	2	5,13
SOMATOFORME STOORNISSEN	0	0	0	0	0	0,00
NAGEBOOTSTE STOORNISSEN	0	0	0	0	0	0,00
DISSOCIATIEVE STOORNISSEN	0	0	0	0	0	0,00
SEKSUELE EN GENDERIDENTITEITSSTOORNISSEN	0	0	0	0	0	0,00
EETSTOORNISSEN	0	0	0	0	0	0,00
SLAAPSTOORNISSEN	0	0	0	0	0	0,00
STOORNISSEN IN DE IMPULSBEHEERSING	0	0	0	0	0	0,00
AANPASSINGSSTOORNISSEN	0	2	1	0	3	7,69
ANDERE AANDOENINGEN / PROBL. DIE EEN REDEN VOOR ZORG KUNNEN ZIJN	0	2	0	0	2	5,13
GEEN DIAGNOSE OF AANDOENING OP AS 1	4	16	1	0	21	53,85
DIAGNOSE UITGESTELD	0	1	0	0	1	2,56
<b>TOTAAL</b>	<b>5</b>	<b>32</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>39</b>	<b>100,00</b>

Tabel 5: DSM IV –as 2 hoofddiagnose

As2	Jong.	Volw.	Ouderen	Onb.	Totaal	%
<b>ZWAKZINNIGHEID</b>						
Lichte zwakzinnigheid	0	0	0	0	0	0,00
Matige zwakzinnigheid	0	0	0	0	0	0,00
Ernstige zwakzinnigheid	0	0	0	0	0	0,00
Diepe zwakzinnigheid	0	0	0	0	0	0,00
Zwakzinnigheid, ernst niet gespecificeerd	0	0	0	0	0	0,00
<b>PERSOONLIJKHEIDSSTOORNIS</b>						0,00
Schizotypische persoonlijkheidsstoornis	0	0	0	0	0	0,00
Paranoïde persoonlijkheidsstoornis	0	0	0	0	0	0,00
Schizoïde persoonlijkheidsstoornis	0	0	0	0	0	0,00
Antisociale persoonlijkheidsstoornis	0	0	0	0	0	0,00
Borderline persoonlijkheidsstoornis	0	0	0	0	0	0,00
Theatrale persoonlijkheidsstoornis	0	1	0	0	1	2,56
Obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis	0	2	0	0	2	5,13
Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis	0	0	0	0	0	0,00
Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis	0	1	0	0	1	2,56
Narcistische persoonlijkheidsstoornis	0	0	0	0	0	0,00
Persoonlijkheidsstoornis NAO	0	0	1	0	1	2,56
<b>ANDERE CODES (ZWAKBEGAAFD / (NOG) GEEN DIAGNOSE)</b>						
Zwakbegaafdheid	1	6	0	0	7	17,95
Diagnose op As II uitgesteld	0	1	0	0	1	2,56
Geen diagnose op As II	4	21	1	0	26	66,67
<b>Totaal</b>	<b>5</b>	<b>32</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>39</b>	<b>100,00</b>

Tabel 6: DSM IV – as 3 hoofddiagnose

As3	Totaal
[I:] Epilepsie	2
[I:] Gegeneraliseerde idiopathische epilepsie	2
Gegeneraliseerde convulsieve epilepsie[[I:]Grand mal	16
Gegeneraliseerde niet-convulsieve epilepsie, petit mal	1
Localisatiegebonden (foc.) (part.) idiopath. epil. en epil. syndr. met aanv. van lok.oorspr.	1
Overige vormen van gegeneraliseerde epilepsie en epileptische syndromen.	1
Partiële epilepsie, met aantasting van het bewustzijn	11
Partiële epilepsie, zonder vermelding van aantasting	3
Ziekten van zenuwstelsel, algemeen	1
Geen aandoening op as 3	1
<b>Totaal</b>	<b>39</b>

## 6.6 Activiteiten

74% van de activiteiten omvatten directe hulpverlening. Begeleiding/behandeling nemen 68,9% in. 22% bestaat uit indirecte hulpverleningsactiviteiten. We scoren 4% aanmeldingsactiviteiten. In 2005 was er een zeer gelijkaardige verdeling.



De telefonische en schriftelijke hulpverlening zijn ook meestal arbeidsintensieve contacten : lange telefoongesprekken, veel onderzoekwerk, verbonden aan complexe praktische - of informatievragen.

### De consultatieve werking

Enerzijds ligt het accent hier op de adviserende functie naar hulpverleners van andere diensten, instellingen, die moeilijkheden hebben rond de begeleiding van mensen met epilepsie. Anderzijds pogen we een katalysator te zijn in het helpen uitbouwen van occasionele of permanente samenwerkingsverbanden om een zo optimaal mogelijke zorgcoördinatie en netwerkontwikkeling na te streven .

Er wordt voornamelijk advies gevraagd rond:

- School - , opvoedings - en relatieproblemen
- Beroepskeuze, tewerkstellingsmogelijkheden,
- Technisch advies rond verzekeringen, rijbewijs, vakantie, hulpmiddelen,

Verscheidene diensten deden het voorbije jaar een beroep op ons : CLB, artsen, Reval, Jeugdcentrum, CGG, sociale dienst van de gemeente, CAW, OCMW .

#### De preventieve werking

We geven informatie rond epilepsie naar een zo ruim mogelijk publiek, gaande van hulpverlener tot belangstellenden. In functie van de doelgroep en/of de gestelde problematiek wordt deze informatie aangepast en kan er beroep worden gedaan op deskundigen uit de regio.

Op provinciaal niveau kunnen wij de activiteiten als volgt samenvatten:

#### Uitleendienst :

Het gaat hier voornamelijk rond voordrachten voor school. Samen met de vragende partij wordt gekeken welke videoband het best past bij het onderwerp. Deze wordt besproken en er wordt bijpassend documentatiemateriaal meegegeven.

Op 9 januari 2006 werd aan studenten te Hasselt de video "Epilepsie, wat is dat ?" toegelicht. *31 personen volgden deze infosessie.*

#### Deelname aan :

- project LUC op 14/04/06
- info-avond thema "nieuwe medicatie" door Dr. Nies voor de contactgroep
- vergaderingen :
  - \* overlegvergaderingen , maatschappelijk werkers van de Liga op 26/01 , 09/02 , 27/04 , 12/06 , 18/10/06 .
  - \* voorbereidende vergadering Epilepsie dag Leuven : 06/06 , 03/10 , 07/11 ,
  - \* teambuilding : 14/10/06 te Gent
  - \* 76 personen deden beroep op onze dienst voor informatie en documentatie.

Wij hebben vanuit de Liga een ondersteunende en adviserende taak.

- bestuursvergaderingen op dd. 16/01 , 13/03 , 15/05 , 11/09 en 20/11/06.
- groepsvergaderingen op dd. 18/01 , 15/02 , 15/03 , 19/04 , 17/05 , 14/06 , 13/09 , 11/10 , 22/11 en 13/12/06 .

Voor en na de vergadering bestaat de mogelijkheid om met groepsleden bepaalde persoonlijke problemen te bespreken.

Geografisch bestrijkt de werking van de provinciale afdeling van de V.L.E. de gehele Provincie Limburg.

## 7 OVERZICHT FORENSISCHE HULPVERLENING

### 7.1 Aantal cliënten ( hoofd - en nevencliënten) en aantal zorgperiodes

In 2006 volgden we 136 hoofdcliënten in 137 zorgperiodes (2005:99). 72 zorgperiodes betrof nieuwe cliënten (2005:34) en 65 zorgperiodes waren reeds lopende voor 2006 (idem 2005).

Tabel 1: Aantal Personen, Zorgperiodes \*\* bij Hoofdcliënten \*\*\* en Nevencliënten actief \*\*\*\* in 2006

	Personen		Zorgperiodes		Nevencliënten	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Oud *	--	--	65	47,45	0	---
Nieuw	--	--	72	52,55	0	---
<b>Totaal</b>	<b>136</b>	<b>--</b>	<b>137</b>	<b>100,00</b>	<b>0</b>	<b>---</b>

\* Oud = eerste FTF-gesprek van zorgperiode vond plaats vóór 2006

\*\* Het gaat hierbij om 136 "unieke" personen, waarvan er 1 in 2006 twee zorgperiodes lopen hadden.

Bv. bij 1 persoon een behandeling in maart, die eindigt in april en een behandeling in september die nog lopend is op 31/12/2005.

Vandaar komen we aan 137 zorgperiodes voor 136 mensen.

Alle volgende tabellen gaan steeds over (aantal) zorgperiodes, enkel bij hoofdcliënten.

\*\*\* Zorgperiodes bij hoofdcliënten. Hoofdcliënten zijn cliënten op wiens problematiek de behandeling gericht is. In het kader daarvan kunnen één of meerdere nevencliënten

gezien worden. Deze worden minimaal geregistreerd ter verlichting van de registratielast.

\*\*\*\* Actief betekent: er is minimum één activiteit geweest in 2006. Andere selectiecriteria zijn:

Eerste FTF vindt plaats voor 1/1/2006 en Administratieve einddatum valt na 31/12/2005 of is leeg

(wat wil zeggen dat zorgperiode op 31/12/2005 nog niet was afgesloten.)

Er is tot op heden geen gestandaardiseerde selectie van cliënten en zorgperiodes in het

programma Arcade. Dit kan aanleiding geven tot andere resultaten indien deze cijfers

vergeleken zouden worden met bv. die van overheid.

### 7.2 Herkomst

Voor daders van seksueel grensoverschrijdend gedrag maken we een provinciale opdracht waar.

Voor ander justitiecliënteel (beperkt aantal) werken we binnen de ons toebedeelde regio.

91,97% van onze cliënten situeren zich binnen Limburg en 6,57% komt van buiten de provincie (bv. bij verblijf in de gevangenis).

Tabel 2: herkomst cliënt

Woonplaats	Jongere	Volwassene	Oudere	Onbekend	Totaal	%
Binnen Limburg	0	114	11	1	126	91,97
Buiten Limburg	0	7	2	0	9	6,57
Onbekend	0	0	2	0	2	1,46
<b>Totaal</b>	<b>0</b>	<b>121</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>137</b>	<b>100,00</b>

### 7.3 Aanmeldingsklacht

67.65% van onze cliënteel meldt zich aan met gedragsproblemen ( agressie, maatschappelijk niet aanvaard gedrag/delinquentie, dader van seksueel geweld) en 14.71% vraagt hulp in het kader van een juridische maatregel.

Tabel 2: aanmeldingsproblematiek.

Aanmeldingsklacht	J	V	O	Onb.	Totaal
GEEN KLACHTEN	0	0	0	0	0
B.T. LICHAAMELIJK - FYSIOLOGISCH FUNCTIONEREN	0	0	0	0	0
PSYCHISCHE PROBLEMEN	0	1	0	0	1
KLACHTEN M.B.T. REALITEITSCONTROLE	0	0	1	0	1
GEDRAGSPROBLEMEN	0	50	6	1	57
INTERACTIEPROBLEMEN	0	1	0	0	1
ONTWIKKELINGSPROBLEMEN	0	0	0	0	0
MAATSCHAPPELIJKE PROBLEMEN/SOCIALE INSCHAKELING	0	0	0	0	0
SLACHTOFFERSCHAP	0	0	0	0	0
VERWERKINGSPROBLEMEN	0	0	0	0	0
VERSLAVINGSPROBLEMEN	0	0	0	0	0
SPECIFIEKE MODALITEIT	0	5	0	0	5
ANDER PROBLEEM	0	0	0	0	0
ONBEKEND	0	7	0	0	7
<b>Totaal</b>	<b>0</b>	<b>64</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>72</b>

#### 7.4 Diagnoses

Op As 1 van de DSM scoren we 10,22% stoornissen in de impulsbeheersing, 14,6% andere aandoeningen/problemen die een reden van zorg kunnen zijn ( hier gaat het voornamelijk over lichamelijke mishandeling en seksueel misbruik van een kind) en 15,33% seksuele en genderidentiteitsstoornissen (overwegend exhibitionisme).

Op As 2 vinden we het grootste aantal bij antisociale persoonlijkheidsstoornis (4,38%) en theatrale (beiden 2,92%) persoonlijkheidsstoornis. 47,45% kreeg geen diagnose op As 2. 8,03% werd uitgesteld.

Tabel 3: DSM- diagnose: As1

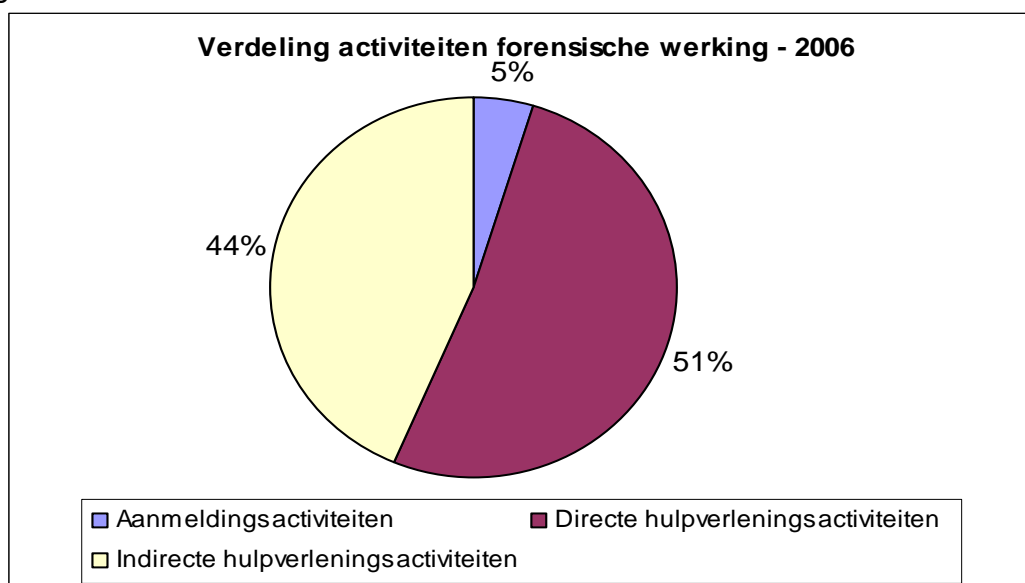
DSM IV - as 1 Hoofddiagnose	Jong.	Volw.	Ouderen	Onb.	Totaal	%
STOORNISSEN DIE MEESTAL OP KINDERLEEFTIJD GEDIAGN. WORDEN	0	1	0	0	1	0,73
DELIRIUM, DEMENTIE EN AMNESTISCHE EN ANDERE COGN. STOORN.	0	0	0	0	0	0,00
PSYCHISCHE STOORNISSEN DOOR EEN SOMATISCHE AANDOENING	0	0	0	0	0	0,00
AAN EEN MIDDEL GEBONDEN STOORNISSEN	0	2	0	0	2	1,46
SCHIZOFRENIE EN ANDERE PSYCHOTISCHE STOORNISSEN	0	0	0	0	0	0,00
STEMMINGSTOORNISSEN	0	0	0	0	0	0,00
ANGSTSTOORNISSEN	0	1	0	0	1	0,73
SOMATOFORME STOORNISSEN	0	0	0	0	0	0,00
NAGEBOOTSTE STOORNISSEN	0	0	0	0	0	0,00
DISSOCIATIEVE STOORNISSEN	0	0	0	0	0	0,00
SEKSUELE EN GENDERIDENTITEITSSTOORNISSEN	0	15	6	0	21	15,33
EETSTOORNISSEN	0	0	0	0	0	0,00
SLAAPSTOORNISSEN	0	0	0	0	0	0,00
STOORNISSEN IN DE IMPULSBEHEERSING	0	13	1	0	14	10,22
AANPASSINGSTOORNISSEN	0	1	1	0	2	1,46
ANDERE AANDOENINGEN / PROBL. DIE EEN REDEN VOOR ZORG KUNNEN ZIJN	0	19	1	0	20	14,60
GEEN DIAGNOSE OF AANDOENING OP AS 1	0	61	3	1	65	47,45
DIAGNOSE UITGESTELD	0	8	3	0	11	8,03
<b>TOTAAL</b>	<b>0</b>	<b>121</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>137</b>	<b>100,00</b>

Tabel 4: DSM- diagnose: As2

As2	Jong.	Volw.	Ouderen	Onb.	Totaal	%
<b>ZWAKZINNIGHEID</b>						
Lichte zwakzinnigheid	0	1	0	0	1	0,73
Matige zwakzinnigheid	0	1	0	0	1	0,73
Ernstige zwakzinnigheid	0	0	1	0	1	0,73
Diepe zwakzinnigheid	0	0	0	0	0	0,00
Zwakzinnigheid, ernst niet gespecificeerd	0	0	0	0	0	0,00
<b>PERSOONLIJKHEIDSSTOORNIS</b>						0,00
Schizotypische persoonlijkheidsstoornis	0	0	0	0	0	0,00
Paranoïde persoonlijkheidsstoornis	0	1	0	0	1	0,73
Schizoïde persoonlijkheidsstoornis	0	0	0	0	0	0,00
Antisociale persoonlijkheidsstoornis	0	6	0	0	6	4,38
Borderline persoonlijkheidsstoornis	0	1	0	0	1	0,73
Theatrale persoonlijkheidsstoornis	0	4	0	0	4	2,92
Obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis	0	0	0	0	0	0,00
Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis	0	0	0	0	0	0,00
Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis	0	1	0	0	1	0,73
Narcistische persoonlijkheidsstoornis	0	1	0	0	1	0,73
Persoonlijkheidsstoornis NAO	0	1	0	0	1	0,73
<b>ANDERE CODES (ZWAKBEGAAFD / (NOG GEEN DIAGNOSE)</b>						
Zwakbegaafdheid	0	2	1	0	3	2,19
Diagnose op As II uitgesteld	0	20	5	0	25	18,25
Geen diagnose op As II	0	82	8	1	91	66,42
<b>Totaal</b>	<b>0</b>	<b>121</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>137</b>	<b>100,00</b>

## 7.5 Activiteiten

51% van de activiteiten omvatten directe hulpverlening, waarbinnen er voor 42,15% sprake is van behandeling/begeleiding. 44% zijn indirecte hulpverleningsactiviteiten, waarbinnen vooral teamvergaderingen (27.68%), externe contacten en rapporten scoren. Tot slot noteren we 5% aanmeldingsactiviteiten.



## **7.6 Samenwerking met justitie**

De stuurgroep Justitie vergaderde in de loop van 2006 tweemaal .Zowel het CAW 't Verschil, CAW Sonar, CAD vzw, het justitiehuis Tongeren –Hasselt en de VGGZ vzw maken deel uit van deze samenwerking.

In overleg met de directies van de justitiehuisen en de gemeente Houthalen Helchteren werd er een aanvraag voor een project Alternatieve Gerechtelijke Maatregelen " Agressiebeheersing en impulscontrole"ingediend. Dit project werd goedgekeurd (ministerraad 9/6/04) .Het is echter nog niet van start gegaan.en het eindresultaat wordt hopelijk verwacht tegen januari 2007.

Verder werd de samenwerking verder op elkaar afgestemd en geëvalueerd.

Men opteert ook om de vergadering nog verder uit te breiden met beleidspersonen van het Leerproject voor Daders van Seksueel Geweld. Men wil vooral het samenwerkingsverband "Intaketeam Daders Seksueel Geweld" binnen de provincie Limburg formaliseren.

Binnen de provincie Limburg is er meer dan ooit een behoefte aan structuur voor een totaal forensisch zorgaanbod dat veel verder gaat dan alleen maar een zorgaanbod voor seksuele delinquenten en stalkers. De VGGZ vzw wil zich daarom de komende jaren verder profileren en meewerken aan een ruimer forensisch zorgaanbod

## 8 OVERZICHT ACTIVITEITEN DOELGROEP KINDEREN.

### 8.1 Inleiding

Het kinderteam van de Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg heeft twee vestigingsplaatsen: Tongeren ( Hennisstraat 17 ) en Hasselt ( Stadsomvaart 9).

Binnen het totale kinderteam bereikten we 585 hoofdcliënten en 769 nevencliënten.

### 8.2 Algemene werking

Aantal cliënten (hoofd- en nevencliënten ) en aantal zorgperiodes

In 2006 hebben we 585 hoofdcliënten (2005: 531) gezien en daarvoor werden 592 zorgperiodes (2005: 535) voorzien, waarvan 51,18% nieuwe zorgperiodes (2005: 41%). Gekoppeld aan deze hoofdcliënten werden eveneens 769 (2005: 751) nevencliënten gezien.

Onder nevencliënten verstaan we deze cliënten die op een of andere manier in verband staan met de hoofdcliënt. Hetzij een ouder, hetzij een andere begeleider, hetzij een verwant. Aangezien het binnen een kinderwerking gebruikelijk is, om vaak ook het systeem in de begeleiding/ behandeling te betrekken, scoort het aantal nevencliënten hier zeer hoog.

Tabel 1: *Aantal Personen, Zorgperiodes \*\* bij Hoofdcliënten \*\*\* en Nevencliënten actief \*\*\*\* in 2006*

	Personen		Zorgperiodes		Nevencliënten	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Oud *	--	--	289	48,82	361	46,94
Nieuw	--	--	303	51,18	408	53,06
<b>Totaal</b>	<b>585</b>	<b>--</b>	<b>592</b>	<b>100,00</b>	<b>769</b>	<b>100,00</b>

\* Oud = eerste FTF-gesprek van zorgperiode vond plaats vóór 2006

\*\* Het gaat hierbij om 585 "unieke" personen, waarvan er 7 in 2006 twee zorgperiodes lopen hadden.

Bv. bij 1 persoon een behandeling in maart, die eindigt in april en een behandeling in september die nog lopend is op 31/12/2005.

Vandaar komen we aan 592 zorgperiodes voor 585 mensen.

Alle volgende tabellen gaan steeds over (aantal) zorgperiodes, enkel bij hoofdcliënten.

\*\*\* Zorgperiodes bij hoofdcliënten. Hoofdcliënten zijn cliënten op wiens problematiek de behandeling gericht is. In het kader daarvan kunnen één of meerdere nevencliënten

gezien worden. Deze worden minimaal geregistreerd ter verlichting van de registratielast.

\*\*\*\* Actief betekent: er is minimum één activiteit geweest in 2006. Andere selectiecriteria zijn:

Eerste FTF vindt plaats voor 1/1/2006 en Administratieve einddatum valt na 31/12/2005 of is leeg

(wat wil zeggen dat zorgperiode op 31/12/2005 nog niet was afgesloten.)

Er is tot op heden geen gestandaardiseerde selectie van cliënten en zorgperiodes in het

programma Arcade. Dit kan aanleiding geven tot andere resultaten indien deze cijfers

vergeleken zouden worden met bv. die van overheid.

### 8.3 Herkomst

De overgrote meerderheid van de cliënten kinderteam komt uit de regio, waarbinnen de VGGZ werkzaam is, 24 zorgperiodes (± 4 %) betreft cliënten van buiten de regio.

Tabel 2: herkomst cliënt

Woonplaats	Jongere	Volwassene	Oudere	Onbekend	Totaal	%
Binnen regio VGGZ	531	35	0	0	566	95,61
Buiten regio VGGZ	22	2	0	0	24	4,05
Onbekend	2	0	0	0	2	0,34
<b>Totaal</b>	<b>555</b>	<b>37</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>592</b>	<b>100,00</b>

#### 8.4 Aanmeldingsklacht

24,75 % van de cliënten kinderteam melden zich aan met gedragsproblemen (2005: 11,11%), 15,51 % komt omwille van psychische moeilijkheden. Ontwikkelingsproblemen is goed voor 10,89% (2005:22,22%).

Tabel 3: aanmeldingsproblematiek

Aanmeldingsklacht	J	V	O	Onb.	Totaal
GEEN KLACHTEN	2	0	0	0	2
B.T. LICHAMELIJK - FYSIOLOGISCH FUNCTIONEREN	9	0	0	0	9
PSYCHISCHE PROBLEMEN	45	2	0	0	47
KLACHTEN M.B.T. REALITEITSCONTROLE	1	0	0	0	1
GEDRAGSPROBLEMEN	74	1	0	0	75
INTERACTIEPROBLEMEN	38	0	0	0	38
ONTWIKKELINGSPROBLEMEN	33	0	0	0	33
MAATSCHAPPELIJKE PROBLEMEN/SOCIALE INSCHAKELING	8	0	0	0	8
SLACHTOFFERSCHAP	10	1	0	0	11
VERWERKINGSPROBLEMEN	32	0	0	0	32
VERSLAVINGSPROBLEMEN	1	0	0	0	1
SPECIFIEKE MODALITEIT	34	1	0	0	35
ANDER PROBLEEM	0	0	0	0	0
ONBEKEND	10	1	0	0	11
<b>Totaal</b>	<b>297</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>303</b>

#### 8.5 Diagnoses

Op As 1 van de DSM vinden we voor 17,7% aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen.

De tweede hoogste score gaat naar: 'andere aandoeningen die een reden van zorg kunnen zijn', nl. 11,99%.

Met deze groep verwijzen we hoofdzakelijk naar ouder-kind relatieproblemen. Bijkomend behoren hier ook toe: identiteitsproblemen, rouw....

Op as II van de DSM krijgt de meerderheid geen diagnose. Dit kan verklaard worden omdat de persoonlijkheidsproblemen onder de 16 jaar, gewoonlijk niet worden gescoord.

Tabel 4: DSM IV –as 1

DSM IV - as 1 hoofddiagnose	Jongere	Volwassene	Oudere	Onb.	Totaal	%
STOORNISSEN DIE MEESTAL OP KINDERLEEFTIJD GEDIAGNOSTISEERD WORDEN						
1/ LEERSTOORNISSEN	34	0	0	0	34	5,74
2/ STOORNISSEN IN DE MOTORISCHE VAARDIGHEDEN	2	0	0	0	2	0,34
3/ COMMUNICATIESTOORNISSEN	0	0	0	0	0	0,00
4/ PERVASIEVE ONTWIKKELINGSSTOORNISSEN	32	1	0	0	33	5,57
5/ AANDACHTSTEKORTSTOORNISSEN EN GEDRAGSSTOORNISSEN	97	8	0	0	105	17,74
6/ VOEDINGS- EN EETSTOORNISSEN OP VROEGE KINDERLEEFTIJD	0	0	0	0	0	0,00
7/ TIC-STOORNISSEN	3	1	0	0	4	0,68
8/ STOORNISSEN IN DE ZINDELIIKHEID	2	0	0	0	2	0,34
9/ OVERIGE STOORNISSEN OP KINDERLEEFTIJD	13	0	0	0	13	2,20
DELIRIUM, DEMENTIE EN AMNESTISCHE EN ANDERE COGNIT. STOORNISSEN	0	0	0	0	0	0,00
PSYCHISCHE STOORNISSEN DOOR EEN SOMATISCHE AANDOENING	0	1	0	0	0	0,17
AAN EEN MIDDEL GEBONDEN STOORNISSEN	0	0	0	0	0	0,00
SCHIZOFRENIE EN ANDERE PSYCHOTISCHE STOORNISSEN	0	0	0	0	0	0,00
STEMMINGSSTOORNISSEN	9	4	0	0	13	2,20
ANGSTSTOORNISSEN	28	0	0	0	28	4,73
SOMATOFORME STOORNISSEN	3	0	0	0	3	0,51
NAGEBOOTSTE STOORNISSEN	0	0	0	0	0	0,00
DISSOCIATIEVE STOORNISSEN	0	0	0	0	0	0,00
SEKSUELE EN GENDERIDENTITEITSSTOORNISSEN	0	0	0	0	0	0,00
EETSTOORNISSEN	2	0	0	0	2	0,34
SLAAPSTOORNISSEN	0	0	0	0	0	0,00
STOORNISSEN IN DE IMPULSBEHEERSING	2	0	0	0	2	0,34
AANPASSINGSSTOORNISSEN	19	1	0	0	20	3,38
ANDERE AANDOENINGEN / PROBL. DIE EEN REDEN VOOR ZORG KUNNEN ZIJN	61	10	0	0	71	11,99
NIET INGEVULD	180	3	0	0	183	30,91
GEEN DIAGNOSE OF AANDOENING OP AS 1	11	0	0	0	11	1,86
DIAGNOSE UITGESTELD	59	5	0	0	64	10,81
<b>TOTAAL</b>	<b>555</b>	<b>37</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>592</b>	<b>100,00</b>

Tabel 5: DSM IV –as 2

As2	Jong.	Volw.	Ouderen	Onb.	Totaal	%
<b>ZWAKZINNIGHEID</b>						
Lichte zwakzinnigheid	7	0	0	0	7	1,18
Matige zwakzinnigheid	2	0	0	0	2	0,34
Ernstige zwakzinnigheid	0	0	0	0	0	0,00
Diepe zwakzinnigheid	0	0	0	0	0	0,00
Zwakzinnigheid, ernst niet gespecificeerd	0	0	0	0	0	0,00
<b>PERSOONLIJKHEIDSTOORNIS</b>						0,00
Schizotypische persoonlijkheidsstoornis	0	0	0	0	0	0,00
Paranoïde persoonlijkheidsstoornis	0	0	0	0	0	0,00

Schizoïde persoonlijkheidsstoornis	0	0	0	0	0	0,00
Antisociale persoonlijkheidsstoornis	0	0	0	0	0	0,00
Borderline persoonlijkheidsstoornis	0	0	0	0	0	0,00
Theatrale persoonlijkheidsstoornis	0	0	0	0	0	0,00
Obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis	0	0	0	0	0	0,00
Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis	0	0	0	0	0	0,00
Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis	0	0	0	0	0	0,00
Narcistische persoonlijkheidsstoornis	0	0	0	0	0	0,00
Persoonlijkheidsstoornis NAO	0	0	0	0	0	0,00
<b>ANDERE CODES (ZWAKBEGAAFD / (NOG) GEEN DIAGNOSE)</b>						
Zwakbegaafdheid	6	0	0	0	6	1,01
Diagnose op As II uitgesteld	54	7	0	0	61	10,30
Geen diagnose op As II	486	30	0	0	516	87,16
<b>Totaal</b>	<b>555</b>	<b>37</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>592</b>	<b>100,00</b>

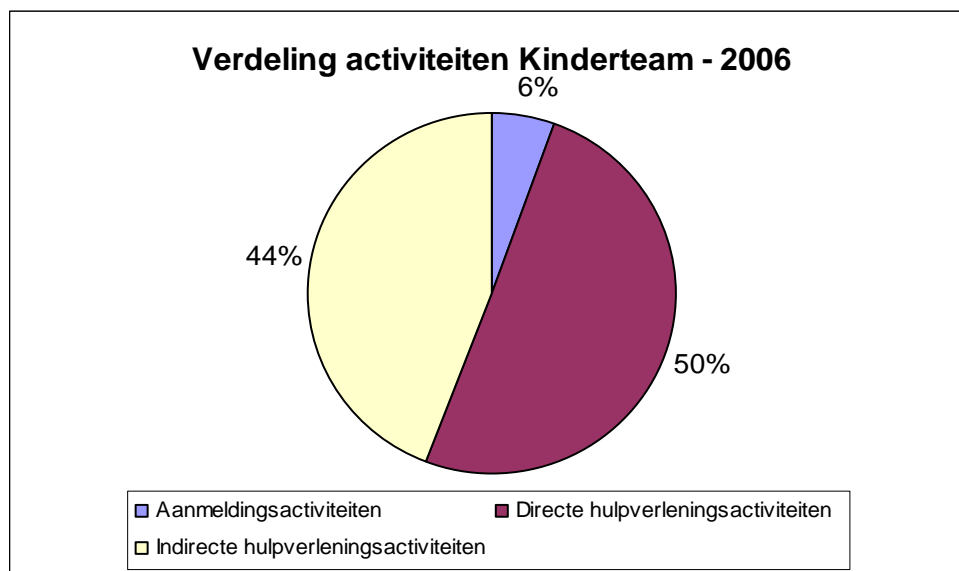
## 8.6 Activiteiten

50 % van onze activiteiten omvatten directe hulpverlening (2005: 57%), waarvan 38.06% behandeling/ begeleiding betreft. 44% behelst indirecte hulpverleningsactiviteiten (2005:38%), met als voornaamste teambespreking (18.37%).

Tot slot scoren activiteiten m.b.t. de aanmelding van de cliënt 6%.

De indirecte hulpverleningsactiviteiten zijn gestegen t.a.v. 2005. Dit heeft voornamelijk te maken met de grote vraag naar diagnostiek. Deze activiteit vraagt naast directe hulpverleningscontacten ook heel wat indirecte hulpverleningsactiviteiten zoals scoring, interpretatie en verslag.

Daarnaast is het inherent aan een kinderteam dat er veel overleg gepleegd wordt met andere instanties (doorverwijzers, school, CLB,...)



## 8.7 Samenwerkingsverbanden

Er wordt gewerkt vanuit een psychiatrisch netwerk: zie o.a. samenwerking met K-diensten Virga Jesse en Munster Bilzen. De modules binnen onze zorgregio's dienen naadloos op elkaar aan te sluiten. De kinder – en jongerendienst accepteren dan ook zonder wachttijden nazorgvragen

vanuit de K-diensten. Eveneens bestaat er een uniek samenwerkingsverband met het VK (vertrouwensartsencentrum). Met deze diensten bestaan er specifieke afspraken rond procedures van instroom, enz. (voorrangcliënten).

Ook met andere diensten bestaan er vlotte, functionele samenwerkingen zoals deze binnen IJHV en meer specifiek met de CLB's. Er wordt werk gemaakt van procedures om de doorstroming van de cliënten zo vlot mogelijk te laten verlopen.

Er wordt gestreefd naar transparante samenwerkingsovereenkomsten met de verschillende deelsectoren.

Daarnaast werkt het team samen met andere verwijzers vanuit de eerstelijns gezondheids - en welzijnsvoorzieningen binnen de twee zorgregio's (o.a. CBJ, CAW, huisartsen, enz..)

Er worden regelmatig overlegmomenten gepland met deze voorzieningen en zij zijn op de hoogte van de werking binnen het team. Met elke doorverwijzer afzonderlijk worden hier rond concrete afspraken gemaakt.

Daarnaast worden er afspraken gemaakt met privé-therapeuten binnen onze zorgregio's ten einde de zorgverlening aan de cliënten zo goed mogelijk te laten verlopen.

## **9 OVERZICHT ACTIVITEITEN DOELGROEP CATEGORIALE.**

### **9.1 Inleiding**

De categoriale werking van de VGGZ maakt geïntegreerd deel uit van de Limburgse ambulante verslavingszorg, en dit zowel voor de curatieve als de preventieve werking. Concreet betekent dit dat de VGGZ en de Centra voor Alcohol en andere Drugproblemen Limburg vzw, afgekort CAD Limburg vzw, de krachten bundelen om naar de Limburgse bevolking toe een geïntegreerd curatief en preventief aanbod te doen. Het is dank zij dit samenwerkingsverband en de extra man/vrouwkracht die CAD Limburg vzw inzet, dat we er samen in slagen om voor gans de provincie een geïntegreerd en deskundig curatief en preventief aanbod te realiseren.

De Categoriale Curatieve Werking telt decretaal + ex DAC: 6,470 VTE. 1,3 VTE heeft vooral een ondersteunende opdracht in het samenwerkingsverband met CAD Limburg vzw. Ter ondersteuning van de categoriale curatieve equipe zette in 2006 CAD Limburg vzw 8,77 VTE Ook zij registreerden mee in 'Arcade'. Voor de Categoriale Preventieve werking zet de VGGZ 3,30 VTE in. Deze werking wordt door CAD Limburg vzw ondersteund met 7,1 VTE, waaronder 1,6 VTE culturele bemiddelaars.

De categoriale VGGZ werking wordt gecoördineerd door 0,5 VTE teamcoördinator

In de verdere tabellen zijn de prestaties van het samenwerkingsverband verwerkt. De categoriale werking heeft haar vestiging op de Luikersteenweg 134, 3500 Hasselt en verder antennes in Neerpelt, Maasmechelen, Lanaken, Genk, Beringen, Sint Truiden en Tongeren.

### **9.2 Curatieve werking**

#### **9.2.1 AANTAL CLIËNTEN (HOOFD- EN NEVENCLIËNTEN ) EN AANTAL ZORGPERIODES**

In 2006 zijn er samen met de CAD medewerkers 1545 (2005:1173) cliënten gezien en 1546 (2005:1173) zorgperiodes voorzien, waarvan 71,80% (2005:61.81 %) nieuwe zorgperiodes betreft.

Tabel 1: Aantal Personen, Zorgperiodes \*\* bij Hoofdcliënten \*\*\* en Nevencliënten actief \*\*\*\* in 2006

	Personen		Zorgperiodes		Nevencliënten	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Oud *	--	--	439	28,40	97	32,77
Nieuw	--	--	1107	71,60	199	67,23
<b>Totaal</b>	<b>1545</b>	<b>--</b>	<b>1546</b>	<b>100,00</b>	<b>296</b>	<b>100,00</b>

\* Oud = eerste FTF-gesprek van zorgperiode vond plaats vóór 2006

\*\* Het gaat hierbij om 1545 "unieke" personen, waarvan er 1 in 2006 twee zorgperiodes lopen hadden.

Bv. bij 1 persoon een behandeling in maart, die eindigt in april en een behandeling in september die nog lopend is op 31/12/2005.

Vandaar komen we aan 1546 zorgperiodes voor 1545 mensen.

Alle volgende tabellen gaan steeds over (aantal) zorgperiodes, enkel bij hoofdcliënten.

\*\*\* Zorgperiodes bij hoofdcliënten. Hoofdcliënten zijn cliënten op wiens problematiek de behandeling gericht is. In het kader daarvan kunnen één of meerdere nevencliënten

gezien worden. Deze worden minimaal geregistreerd ter verlichting van de registratielast.

\*\*\*\* Actief betekent: er is minimum één activiteit geweest in 2006. Andere selectiecriteria zijn:

Eerste FTF vindt plaats voor 1/1/2006 en Administratieve einddatum valt na 31/12/2004 of is leeg

(wat wil zeggen dat zorgperiode op 31/12/2005 nog niet was afgesloten.)

Er is tot op heden geen gestandaardiseerde selectie van cliënten en zorgperiodes in het

programma Arcade. Dit kan aanleiding geven tot andere resultaten indien deze cijfers

vergeleken zouden worden met bv. die van overheid.

## 9.2.2 HERKOMST

Categoriale werking heeft de hele provincie Limburg als werkgebied. Meer dan 96 % betreft zorgperiodes van cliënten met domicilie in Limburg.

Tabel 2: herkomst cliënt

Woonplaats	Jongere	Volwassene	Oudere	Onbekend	Totaal	%
Binnen Limburg	60	1316	67	51	1494	96,64
Buiten Limburg	0	18	1	0	19	1,23
Onbekend	0	23	2	8	33	2,13
<b>Totaal</b>	<b>60</b>	<b>1357</b>	<b>70</b>	<b>59</b>	<b>1546</b>	<b>100,00</b>

## 9.2.3 AANMELDINGSKLACHT

Het geprofileerde aanbod van onze categoriale dienst bepaalt in hoge mate de aanmeldingsklacht.

Aanmeldingsklacht	J	V	O	Onb.	Totaal
GEEN KLACHTEN	0	0	0	0	0
B.T. LICHAAMELIJK - FYSIOLOGISCH FUNCTIONEREN	0	0	0	0	0
PSYCHISCHE PROBLEMEN	0	0	0	0	0
KLACHTEN M.B.T. REALITEITSCONTROLE	0	0	0	0	0
GEDRAGSPROBLEMEN	0	1	0	0	1
INTERACTIEPROBLEMEN	0	9	1	4	14
ONTWIKKELINGSPROBLEMEN	0	0	0	0	0
MAATSCHAPPELIJKE PROBLEMEN/SOCIALE INSCHAKELING	0	10	0	0	10
SLACHTOFFERSCHAP	0	0	0	0	0
VERWERKINGSPROBLEMEN	0	0	0	0	0
VERSLAVINGSPROBLEMEN	53	937	41	45	1076
SPECIFIEKE MODALITEIT	0	4	0	0	4
ANDER PROBLEEM	0	0	0	0	0
ONBEKEND	0	2	0	0	2
<b>Totaal</b>	<b>53</b>	<b>963</b>	<b>42</b>	<b>49</b>	<b>1107</b>

## 9.2.4 DIAGNOSES

Op As 1 van de DSM vinden we voor net geen 84% (2005:78,43 %) aan een middel gebonden stoornis. Op As 2 van de DSM wordt bij 51,41 een persoonlijkheidsstoornis mogelijk geacht, maar beschikt de therapeut nog over onvoldoende elementen om tot een zuivere diagnose te komen. Hij/zij kent de cliënt onvoldoende lang of het actief middelengebruik, ook tijdens de therapie, benevelt te zeer het klinisch beeld.

Tabel 4: DSM IV as1 hoofddiagnose

DSM IV - as 1 Hoofddiagnose	Jong.	Volw.	Ouderen	Onb.	Totaal	%
STOORNISSEN DIE MEESTAL OP KINDERLEEFTIJD GEDIAGN. WORDEN	1	0	0	0	1	0,06
DELIRIUM, DEMENTIE EN AMNESTISCHE EN ANDERE COGN. STOORN.	0	0	0	0	0	0,00
PSYCHISCHE STOORNISSEN DOOR EEN SOMATISCHE AANDOENING	0	0	0	0	0	0,00
AAN EEN MIDDEL GEBONDEN STOORNISSEN	53	1167	56	22	1298	83,96
SCHIZOFRENIE EN ANDERE PSYCHOTISCHE STOORNISSEN	0	3	0	0	3	0,19
STEMMINGSSTOORNISSEN	0	7	0	0	7	0,45
ANGSTSTOORNISSEN	0	0	0	0	0	0,00
SOMATOFORME STOORNISSEN	0	0	0	0	0	0,00
NAGEBOOTSTE STOORNISSEN	0	0	0	0	0	0,00
DISSOCIATIEVE STOORNISSEN	0	0	0	0	0	0,00
SEKSUELE EN GENDERIDENTITEITSSTOORNISSEN	0	0	0	0	0	0,00
EETSTOORNISSEN	0	0	0	0	0	0,00
SLAAPSTOORNISSEN	0	0	0	34	34	2,20
STOORNISSEN IN DE IMPULSBEHEERSING	0	46	0	1	47	3,04
AANPASSINGSSTOORNISSEN	0	1	0	0	1	0,06
ANDERE AANDOENINGEN / PROBL. DIE EEN REDEN VOOR ZORG KUNNEN ZIJN	4	113	13	0	130	8,41
GEEN DIAGNOSE OF AANDOENING OP AS 1	1	15	1	1	18	1,16
DIAGNOSE UITGESTELD	1	5	0	1	7	0,45
<b>TOTAAL</b>	<b>60</b>	<b>1357</b>	<b>70</b>	<b>59</b>	<b>1546</b>	<b>100,00</b>

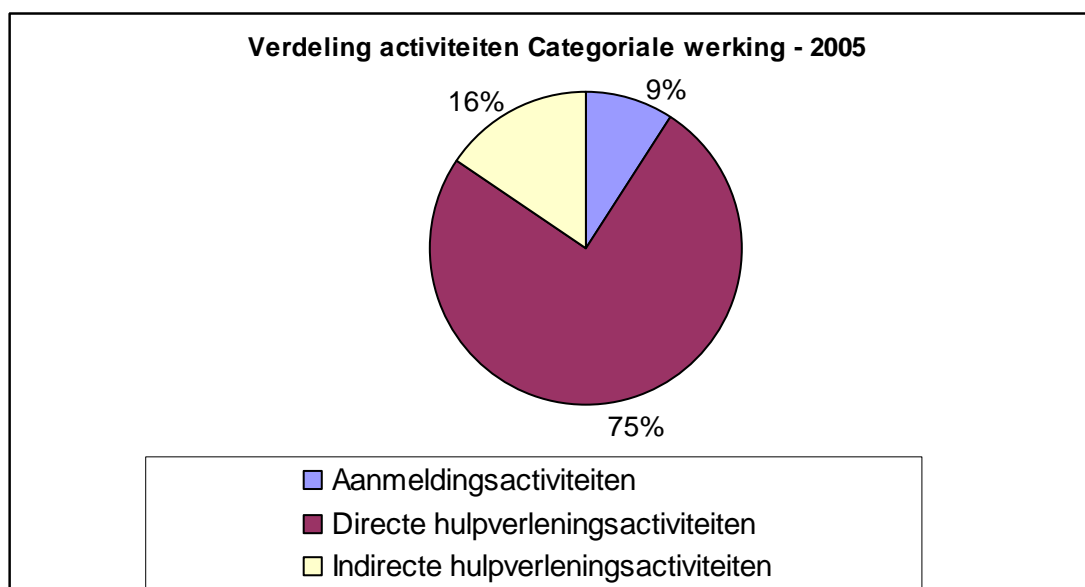
Tabel 5: DSM IV - as 2 hoofddiagnose

As2	Jong.	Volw.	Ouderen	Onb.	Totaal	%
<b>ZWAKZINNIGHEID</b>						
Lichte zwakzinnigheid	0	6	0	0	6	0,39
Matige zwakzinnigheid	0	1	0	0	1	0,06
Ernstige zwakzinnigheid	0	0	0	0	0	0,00
Diepe zwakzinnigheid	0	0	0	0	0	0,00
Zwakzinnigheid, ernst niet gespecificeerd	0	0	0	0	0	0,00
<b>PERSOONLIJKHEIDSTOORNIS</b>						0,00
Schizotypische persoonlijkheidsstoornis	0	2	1	0	3	0,19
Paranoïde persoonlijkheidsstoornis	0	8	0	0	8	0,52
Schizoïde persoonlijkheidsstoornis	0	15	1	0	16	1,03
Antisociale persoonlijkheidsstoornis	0	20	0	0	20	1,29
Borderline persoonlijkheidsstoornis	0	50	0	2	52	3,36
Theatrale persoonlijkheidsstoornis	1	7	1	0	9	0,58
Obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis	0	3	0	0	3	0,19
Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis	0	17	0	0	17	1,10
Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis	0	35	5	0	40	2,59
Narcistische persoonlijkheidsstoornis	0	25	3	0	28	1,81
Persoonlijkheidsstoornis NAO	0	19	1	1	21	1,36

ANDERE CODES (ZWAKBEGAAFD / (NOG) GEEN DIAGNOSE)						
Zwakbegaafdheid	1	13	1	1	16	1,03
Diagnose op As II uitgesteld	26	607	27	25	685	44,31
Geen diagnose op As II	32	529	30	30	621	40,17
<b>Totaal</b>	<b>60</b>	<b>1357</b>	<b>70</b>	<b>59</b>	<b>1546</b>	<b>100,00</b>

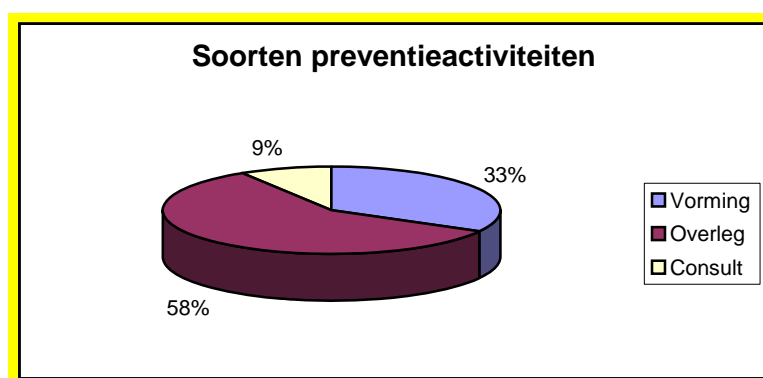
### 9.2.5 ACTIVITEITEN

75 % (2005:80%) betreft directe hulpverleningsactiviteiten, waarvan 61% (2005: 69 %) uit begeleiding / behandeling bestaat. 16 (2005:13%) zijn indirecte activiteiten en dan vooral rapporten en externe contacten. Ook voor FTF1 gebeuren er reeds activiteiten voor een cliënt: 9% van alle activiteiten zijn aanmeldingsactiviteiten (2005:7%).



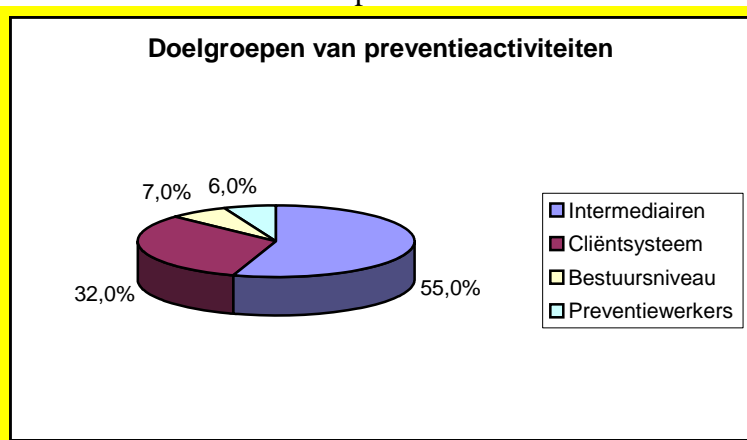
### 9.3 PREVENTIEWERK IN CIJFERS

In 2006 organiseerde de preventie-equipe van de CAD 1011 activiteiten. Dit aantal ligt 10% lager dan voorgaande jaren. Deze afname heeft te maken met het feit dat omwille van 2 personeelwissels en één zwangerschapsonderbreking een klein vacuum in de bezetting van het preventieteam is ontstaan. De registratie gebeurde met Ginger (registratieprogramma voor drugpreventieactiviteiten in Vlaanderen). Een gedetailleerd overzicht hiervan is ter inzage bij het preventieteam. Al deze activiteiten werden gepland, voorbereid en geëvalueerd in samenwerking met of op vraag van onze partners in de 42 gemeenten waar we actief zijn.



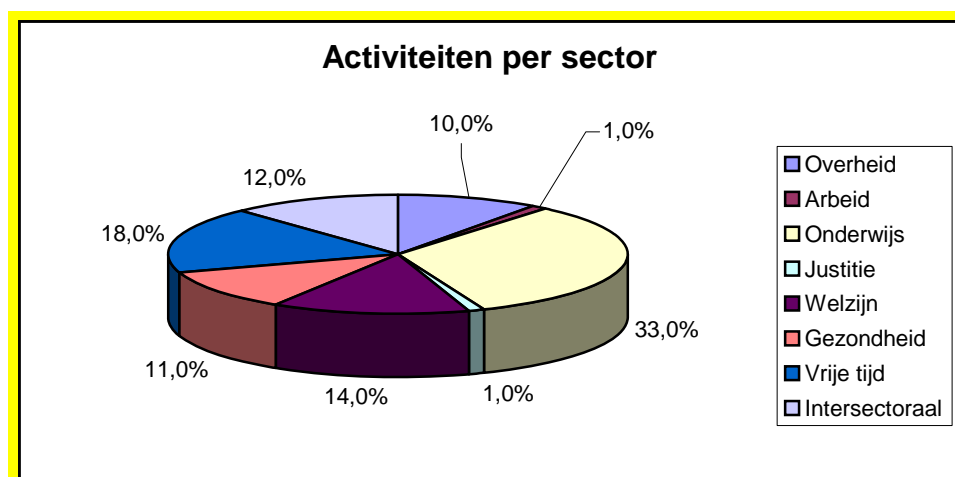
33% van deze preventieactiviteiten zijn vormingen gericht op emancipatie van sleutelfiguren in de diverse maatschappelijke sectoren. Het aandeel “overleg” nam af van 65% naar 58% en blijft zeer belangrijk.. We kunnen immers ons werk enkel doen in overleg met en met een mandaat van lokale partners.

Bovendien vergt een planmatige aanpak van preventieactiviteiten steeds een verkenning van de beginsituatie, planning en evaluatie. Via deze overlegmomenten creëren we een groter draagvlak, bepalen we een gemeenschappelijke strategie en beogen we een multiplicatoreffect. Van jaar tot jaar neemt de tijd geïnvesteerd in vormingen toe en de investeringen in overleg af, dit jaar zelfs substantieel ! Een evolutie die we toeschrijven aan de samenwerking op langere termijn waardoor de verschillende actoren elkaar beter leren kennen en verwachtingen meer en meer op elkaar afgestemd raken. De consultvragen komen vooral uit het onderwijs en dit naar aanleiding van vermoedens van of confrontatie met probleemgebruik (vaak gaat het over cannabis). De verhoogde aandacht voor de consultfunctie van de CAD (van 5 naar 9%) is een gevolg van het expliciteren van het aanbod (onder andere aan de plaatselijke besturen) en een aanleiding voor het verder verdiepen in deze materie door o.a. bijscholing voor het ganse personeelskader in de toekomst. In 2006 investeerden we ook in het duidelijk maken van kwaliteitsstandaarden voor preventie en het toetsen van ons aanbod hieraan. De gezondheidsconferentie stelde het thema “evidence-based werken” in de kijker. Wij vertaalden het naar haalbare en zinvolle criteria voor drugpreventie in de context van CAD preventiewerk.



Continuïteit door te werken met sleutelfiguren! Wij kiezen zeer expliciet voor deze aanpak in plaats van kortstondige ‘optredens’ van een preventiewerker. Al blijft deze keuze ons discussies opleveren.

Waarom toch niet ééns een uur voor de leerlingen komen spreken. Wel omdat dit niet bijdraagt aan onze doelstellingen. Omdat uit onderzoek blijkt dat dit niet effectief en soms zelfs contraproductief is ! Maar we bieden een alternatief zoals het groot aantal initiatieven naar intermediären (55%) wat een bewijs is van de bereidheid om emancipatorisch te werken bij een groot segment van de sleutelfiguren. Het aantal activiteiten voor directe cliëntsysteem neemt toe van 26 naar 32 %. De voornaamste verklaring hiervoor is te vinden in de meer uitgesponnen consultfunctie naar betrokkenen bij “drugincidenten” in secundaire scholen.



Wat de verdeling per sector betreft stellen we een status quo vast in vergelijking met voorgaande jaren. Het onderwijs blijft onze belangrijkste partner. Daarnaast wijzen de kleine verschuivingen vooral om een meer verspreide deelname van zowat alle sectoren. Opmerkelijker (maar niet uit deze grafiek af te leiden) is de verschuiving binnen de diverse sectoren naar de meer kwetsbare groepen. Zo ging binnen het onderwijs meer aandacht naar deeltijds onderwijs, bijzonder lager onderwijs en het Buso. De activiteiten in de sector arbeid richtte zich naar de sociale tewerkstelling...

## **9.4 Projecten**

Volgende projecten maakten deel uit van het preventiewerk in 2006. Wil je hierover bijkomende informatie, weet dat je steeds welkom bent bij CAD Preventie en Documentatie.

Europeers, Europarents, Middelen en arbeid, Opleiding motivationele gespreksvoering, Interculturele hulpverlening en preventie, Tupper Care, Protocol samenwerking CLB-CAD-school, Deskundigheidsbevordering van intermediairen in verschillende sectoren, Act' Com, Drugs een ramp op kamp, Festivalwerking, Resilience,....

## **9.5 Samenwerkingsverbanden**

Limburgs Platform Verslaving (LPV)

Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD)

Euro Net (Europees Netwerk voor praktijk georiënteerde Drugpreventie)

Logo's

### **Documentatiecentrum**

#### **Documentatiemateriaal**

Het documentatiecentrum is een kleine mediatheek waar heel wat informatie over verslaving, alcohol, drugs, medicatie, tabak, internetafhankelijkheid e.d. te verkrijgen is. Deze informatie kan men halen uit boeken, rapporten, tijdschriften, brochures, folders, affiches, lespakketten, powerpointpresentaties, spelen en video's. Al dit materiaal kan met uitzondering van de tijdschriften uitgeleend worden. Er is ook een mogelijkheid om op internet info te zoeken.

#### **Aanvragen**

In 2006 kregen we 1114 documentatieaanvragen. Van deze 1114 aanvragen kwamen er 443 van buiten de provinciegrens. 195 personen bezochten het documentatiecentrum. Er werden 213 telefonische en 654 schriftelijke aanvragen ingediend. Opvallend aan deze schriftelijke aanvragen is dat  $\frac{3}{4}$  hiervan via mail binnenkwamen. 52 aanvragen verliepen via CAD medewerkers zelf. Het aangevraagde materiaal varieerde van boeken, rapporten, video's, spelen, affiches, brochures, folders, CAD/MSOC info, video-en spellenlijsten, info over preventiemethoden, lespakketten, info rond laatste stand van zaken wetgeving cannabis en infostanden. We kregen tal van vragen van overwegend studenten over de werking van de CAD. De aanvragers zijn studenten, leerkrachten, organisaties (bijv. jeugdhuizen, verenigingen e.d.), scholen, cliënten e.a.

## **10 Overzicht samenwerkingsverbanden**

### **10.1 Formele overeenkomst**

Medisch Centrum Sint-Jozef te Munsterbilzen  
Vertrouwenscentrum  
Hummeltjeshuis  
CLB  
CGG / LITP  
CGG DAGG  
VZW Basis  
CAW Sonar en CAW 't verschil  
CAD / MSOC  
Beschut wonen “ De Overstap”  
Kinderpsychiatrie Virga – Jesse ziekenhuis

### **10.2 Functionele samenwerking**

vzw Basis  
BEWEL  
PAAZ Virga- Jesse ziekenhuis  
Vesalius ziekenhuis Tongeren  
ZOL Genk

### **10.3 Overzicht overlegstructuren**

Overlegstructuren waaraan de Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg deelneemt

Integrale Jeugdhulpverlening  
SPIL  
Provinciaal CGG overleg  
Daderhulp  
Kindermishandeling  
Zelfmoordpreventie  
Epilepsie  
Stedelijke werkgroep gehandicapten  
Limburgse Preventieve Gezondheidsraad  
Stuurgroep crisisinterventie Stad Hasselt  
Stuurgroep Pergo  
Sit – regio's  
Gigebol, zorgcircuit kinderen en jongeren  
Intra – familiaal geweld  
Lokaal cliënt overleg  
Ouderenmishandeling  
Lokaal Overleg Platform (LOP)  
Gemeentelijk Preventie Overlegorgaan

## 11 KWALITEITSBELEID

Kwaliteit is in de eerste plaats een attitude: een attitude om via continue toetsing van eigen functioneren te komen tot een zorgaanbod dat mee evolueert met veranderende noden en maatschappij.

Dit doel proberen we binnen de VGGZ te bereiken via

- 1/ kwaliteitsstructuren
- 2/ kwaliteitssystemen.

De structuur omvat een kwaliteitsstuurgroep, -werkgroep en -kringen.

De kwaliteitsstuurgroep wordt gevormd door de directeur en teamcoördinatoren, in overleg met de voorzitter van de Raad van Bestuur. De kwaliteitswerkgroep bestaat uit de directeur, een vertegenwoordiging per team, aangevuld met secretariaatsondersteuning. De kwaliteitskringen worden over de grenzen van de VGGZ gevormd in overlegplatforms als RPL en samenwerking met de Universiteit Hasselt via de werkgroep Limburgse Registratieverantwoordelijken,...

De systemen omvatten:

toetsingsystemen: allerlei meetinstrumenten zoals ARCADE, tevredenheidsvragenlijsten, ...  
kwaliteitsnormen, vorming en opleiding, sensibilisatie en informatie : intraweb, teamvergaderingen, personeelsdagen, ...

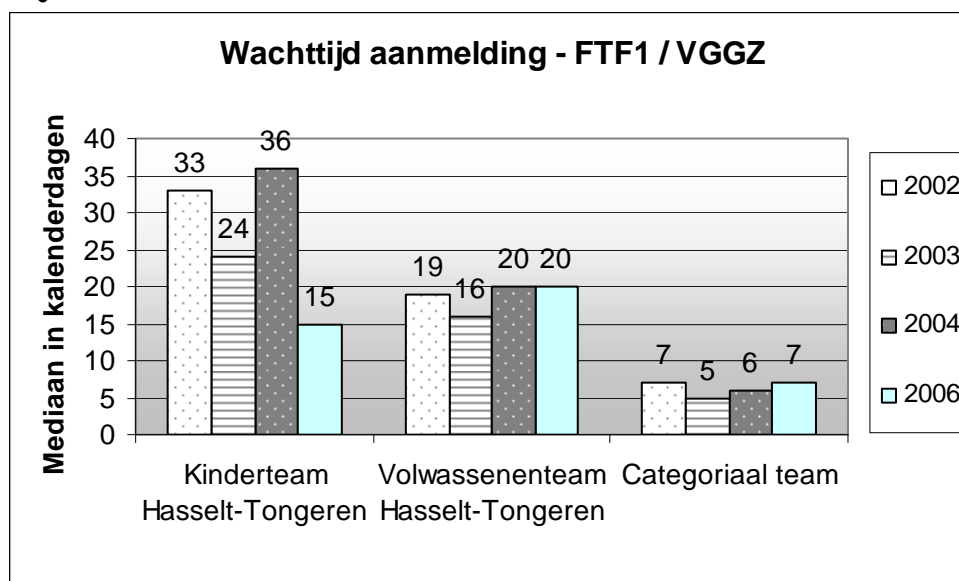
Het kwaliteitsdecreet van 1999 werd in 2005 buiten werking gesteld waardoor de jaarlijks metingen van de indicatoren van de verschillende kwaliteitsthema's niet dienden gerapporteerd te worden. Vanwege de Vlaamse Overheid werd er wel een eindrapport gevraagd over de periode van 2000 – 2005.

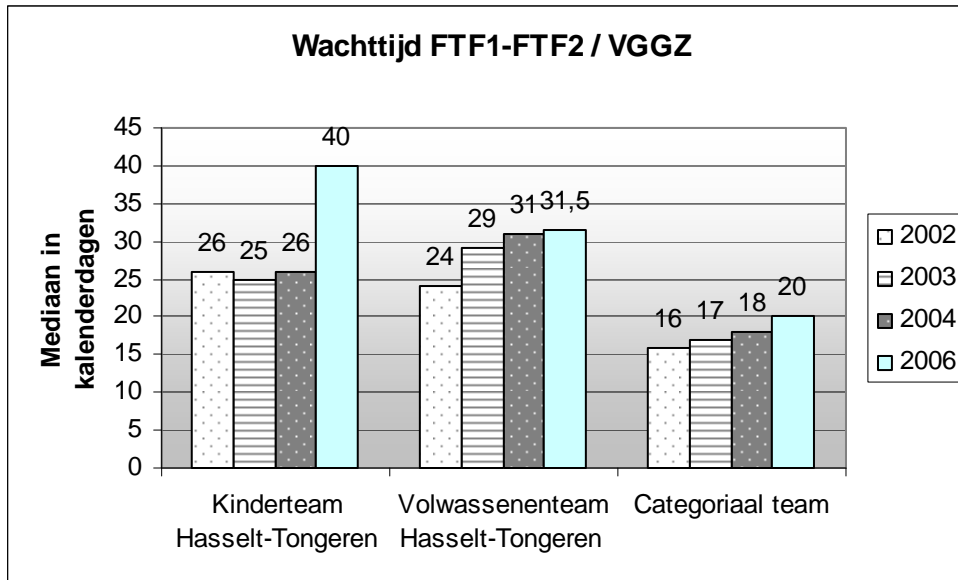
Ondanks deze overgangsfase naar een nieuw kwaliteitsdecreet zullen wij binnen de VGGZ vzw blijven werken met verschillende werkgroepen. Zonder afbreuk te doen aan de belangrijkheid van eender welke werkgroep is er vooral aandacht gegaan naar wachttijden en onderzoek naar werklast binnen de VGGZ en dit in overleg en in samenwerking met de universiteit van Hasselt en de andere provinciale cgg's van Limburg. Aandacht voor wetenschappelijk onderzoek was en is voor alle betrokken cgg's een prioriteitsgegeven.

Ook voor 2006 hebben we de wachttijden nagegaan voor de verschillende teams van de VGGZ.

Hieronder vindt u de grafieken voor de wachttijd tussen aanmelding en eerste FTF enerzijds en de wachttijd tussen FTF1 en FTF2 anderzijds. Ook maken we de vergelijking met de voorgaande jaren.

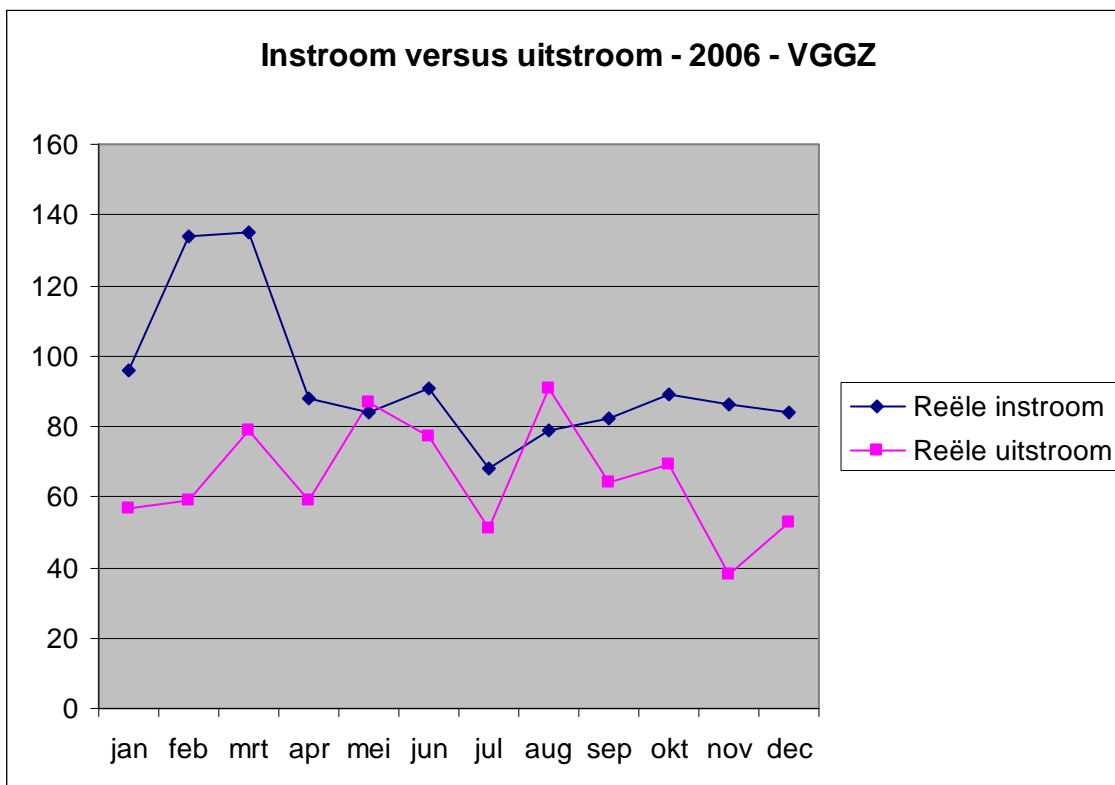
### 11.1 Wachttijden





Wachttijden worden beïnvloed door de instroom en de uitstroom. Vandaar hebben we ook eens nagegaan hoe het zit met deze twee factoren. Uit de grafiek blijkt duidelijk dat de instroom systematisch de uitstroom overtreft. Een logisch gevolg hiervan is het verder blijven bestaan en zelfs groeien van de wachtlijsten.

## 11.2 Instroom



Een beleid ontwikkelen rond zowel instroom (cfr. Wat is onze profilering als CGG en VGGZ?) en uitstroom (cfr. wanneer sluiten we een behandeling af? Hoe volgen we drop-outs op?) is dan ook nodig om de verhouding tussen instroom en uitstroom beter op elkaar af te stemmen. Intern werd ook per team bekeken hoe de verhouding was tussen in- en uitstroom.

Gezien de ernst van de zorgvragen van mensen die een beroep doen op de CGG is het belangrijk om van nabij te blijven opvolgen hoe lang mensen moeten wachten op een zorgaanbod en dit in relatie tot de

effectiviteit en efficiëntie van ons zorgaanbod. Transparantie van het zorgaanbod binnen de VGGZ vzw is noodzakelijk wil men een objectief zorginhoudelijk beleid voeren.

### 11.3 Drop-out procedure: effect of niet ?

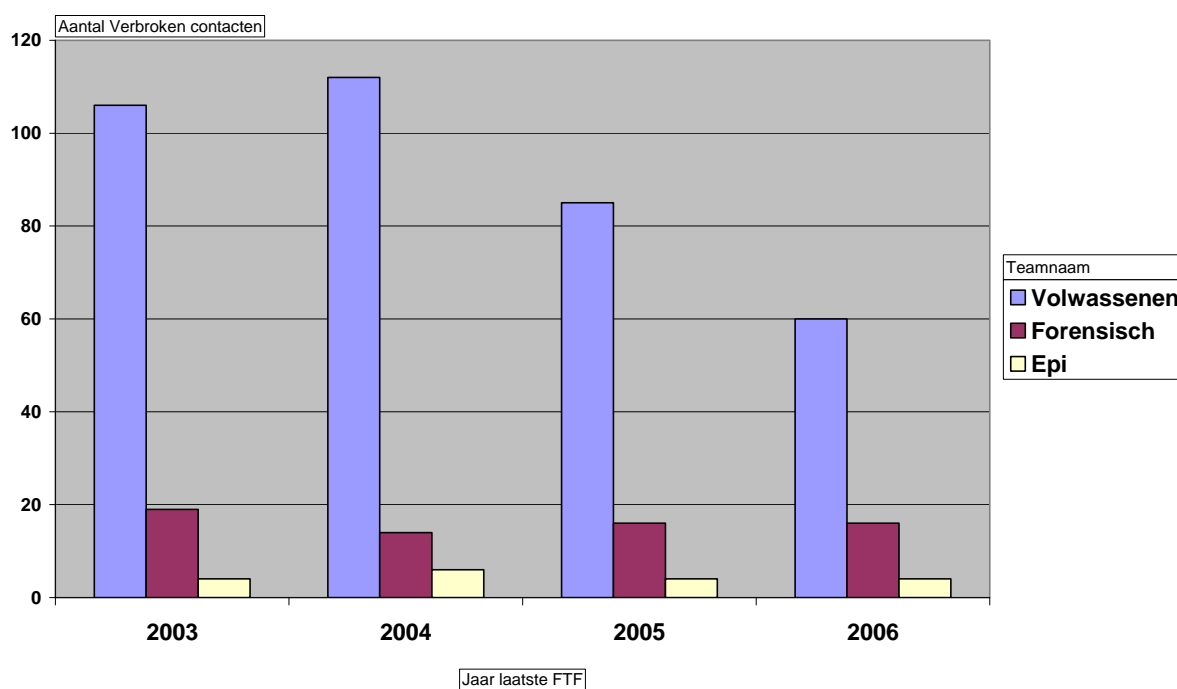
In de werkgroep wachttijden en wachtlijsten werd de vraag gesteld of onze drop-out procedure effect heeft. Dat wil zeggen:

1/ is het aantal afgebroken contacten verminderd de afgelopen jaren? Maar ook:

2/ is het aantal afspraken dat niet doorgaat zonder verwittiging (afwezig zonder bericht, activiteitencode: 262) ook verminderd?

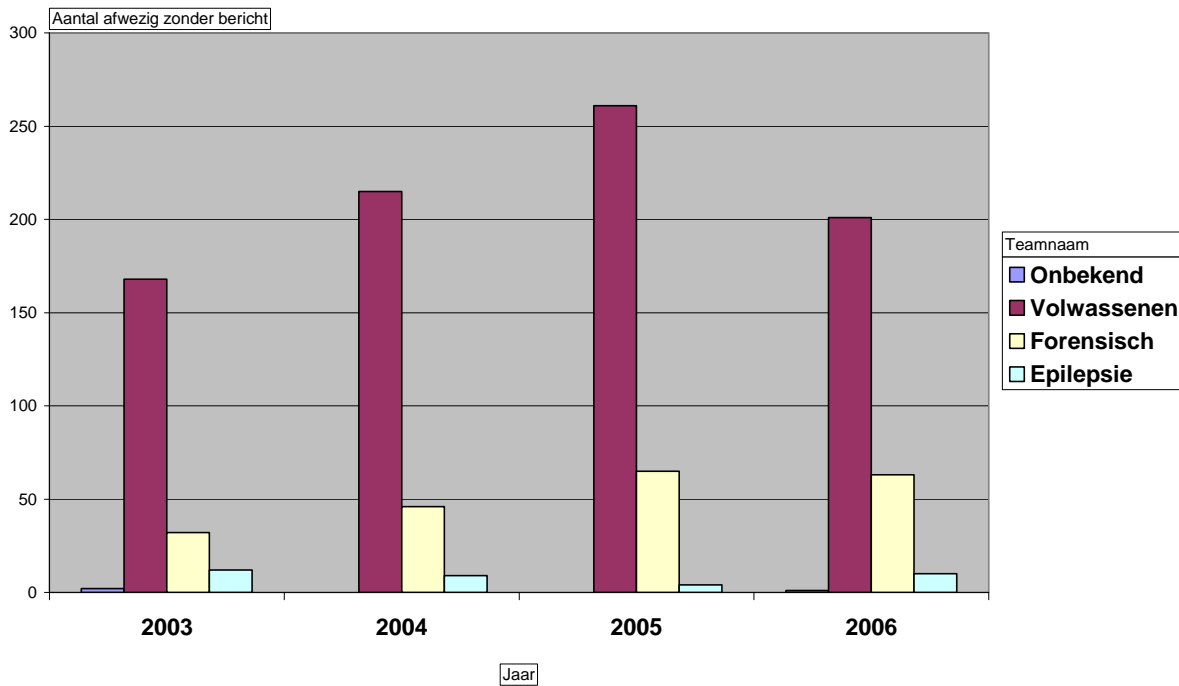
Beide vragen werden opgevolgd via de arcade-gegevens. Hieronder voor de vestiging Groenplein.

**Grafiek 1: Contacten verbroken (definitieve drop-outs) – Groenplein – 2003/2006**



Mooie en duidelijke dalende trend voor volwassenenteam! Vrij stabiel voor epilepsieteam en forensisch.

## Grafiek 2: Afspraken afwezig zonder bericht (voorlopige drop-outs) – Groenplein

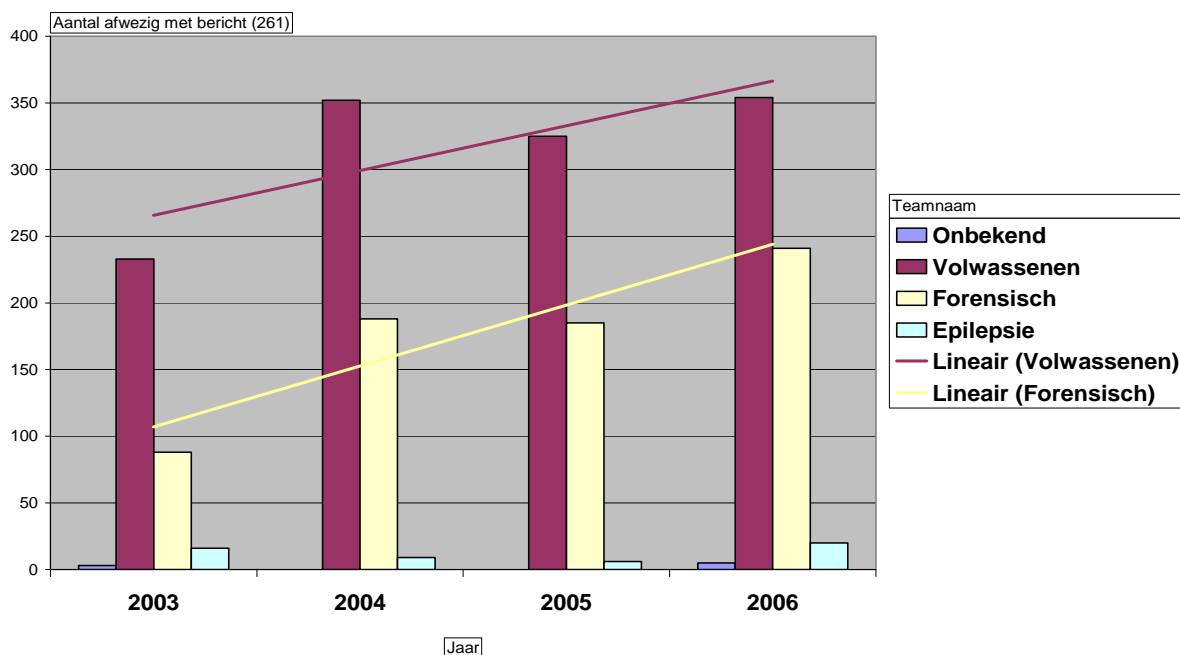


In deze grafiek ziet u hoeveel afspraken er per jaar en per team niet zijn doorgegaan zonder voorafgaandelijke verwittiging.

Minder duidelijke trend, eerst stijgend en pas in 2006 dalend in volwassenenteam, licht stijgend in forensisch.

## Grafiek 3: Afspraken afwezig met bericht – 2003/2006 - Tongeren

De drop-out procedure zal geen rechtstreeks effect hebben op deze groep (code 261), maar het is interessant eens na te gaan of er nog evenveel afspraken niet nagekomen worden, maw dalen de 262 misschien maar stijgen de 261? Of verwittigen de mensen alvast meer indien ze afwezig blijven, wat ook een effect kan zijn van de drop-out procedure.



We merken een stijgende trend bij het volwassenenteam en het forensisch team. Tezamen bekeken met grafiek 2 kunnen we zeggen dat het aantal afspraken dat niet doorgaat (verwittigd en niet verwittigd) niet daalt in volwassenenteam en forensisch team.

## Conclusie

Deze gegevens suggereren een duidelijk effect van de drop-out procedure op het aantal definitieve drop-outs, hoewel natuurlijk nooit is uit te sluiten dat de dalingen niet te wijten zijn aan andere factoren dan de drop-out procedure.

Het aantal afspraken dat niet doorgaat stijgt, maar er wordt wel vaker verwittigd indien ze niet doorgaan, ook een mogelijk effect van het feit dat de mensen meer opgevolgd worden door de drop-out procedure (ze hebben de vorige keer dat ze afwezig waren geweest bv. een brief gekregen dat ze hun afspraak niet waren nagekomen).

De drop-out procedure lijkt dus effect te hebben, al kan die procedure zeker nog aangevuld worden met andere ingrepen die effect hebben op de therapietrouw.

### 11.4 Doelstellingen 2007.

Uitwerken praktisch kader zelfevaluatie:

1/ klinische performantie:

Indicator: KPI/Patiëntendossier

Meetinstrument: EPD

Frequentie: jaarlijks cfr het voortgangsrapport.

Gepland: najaar 2007

2/ operationele performantie

Indicatoren: wachttijden / communicatie formaliseren via vademecum

Frequentie

3/ evaluatie door de gebruiker

Indicator: tevredenheid

Meetinstrument: vragenlijst (nog te bespreken op kwaliteitsstuurgroep welke)

Frequentie: éénmaal te bevragen in 2007

Gepland: najaar 2007

4/ evaluatie door het personeel:

Indicator: tevredenheid (extern uitgevoerd door Itineris)

Meetinstrument: vragenlijst

Frequentie: voorlopig éénmalig

Uiteindelijke doelstelling: creëren van een cultuur waarin reflectie over eigen functioneren en team- of organisatiefunctioneren centraal staat..